

衛生福利部全民健康保險會
第2屆 104 年第 6 次委員會議議事錄

中華民國 104 年 7 月 24 日

衛生福利部全民健康保險會第 2 屆 104 年第 6 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 104 年 7 月 24 日上午 9 時 30 分

貳、地點：本部 301 會議室(台北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

參、出席委員：

干委員文男
曲委員同光
何委員永成
何委員語
吳委員玉琴
吳委員肖琪
李委員永振
李委員成家平
李委員蜀美
林委員至華
林委員敏鳳
侯委員彩龍
張委員文禎
張委員煥賜
張委員啟嘉
黃委員幸敏
陳委員健民
陳委員義聰
陳委員聽安
莊委員志強
楊委員芸蘋
楊委員漢涇
楊委員麗珠
蔡委員明忠
蔡委員宛芬
蔡委員登順
潘委員延健
滕委員西華

中華民國中醫師公會全國聯合會李副理事長豐裕(代)

中華民國全國中小企業總會李副理事長育家(代)

謝委員天仁
謝委員武吉
羅委員紀琼

肆、請假委員：
葉委員宗義
戴委員桂英

伍、列席人員：
本部社會保險司
中央健康保險署

本會

楊副司長慧芬
黃署長三桂
蔡副署長淑鈴
施組長如亮
李副組長純馥
柯執行秘書桂女
范組長裕春
魏組長璽倫

陸、主席：鄭主任委員守夏

紀錄：陳燕鈴、曾幼筑

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、例行報告

第一案

案由：確認本會上(第 5)次委員會議紀錄，請鑒察。

決定：確定。

第二案

案由：本會上(第 5)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，請鑒察。

決定：

一、上次委員會議決議(定)事項辦理情形中，有關「建請健保署於委員會定期按月提供醫學中心、區域醫院之

門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料案」之三項決議均繼續追蹤，餘洽悉。

二、105 年度各部門總額協商順序經抽籤，依序為：牙醫門診、西醫基層、醫院、中醫門診，其他預算則安排於最後。

第三案

案由：104 年 6 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：

一、依本報告第 5 頁之註述，自 104 年度起，將 9 項政府已實質負擔之保險費，納入「政府應負擔健保總經費 (36%)」之認列範圍。考量其或有適法性問題，爰請逐項檢視其合理性，若須修法，請務必周延。

二、本會對政府相關單位、醫療院所於八仙樂園粉塵暴燃事件之緊急應變措施及連日來的辛勞，致上萬分的敬意與謝意。

拾、討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：104 年 627 台北八仙樂園粉塵暴燃之醫療費用由 104 年度總額其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案，提請討論。

決議：

一、104 年度總額其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之款項，於扣除前已議定支應之項目後，同意用以支應 104 年 627 台北八仙樂園粉塵暴燃事件之醫療費用；請中央健康保險署針對預算之後續執行方式(包含使用對象、撥款方式、支用期程等)，於下次委員會議提出專案報告，並說明與新北市政府協商之情形。

二、依據中央健康保險署之估計，前開款項可動支之預算(約 8.2 億元)恐有不足，爰建請相關權責機關能積極爭取行政院第二預備金、新北市政府之善款、代位求償等相關經費。

第二案

提案人：李委員蜀平

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案，續請討論。

決議：請中央健康保險署依本會前交付「藥價差公開相關事宜」專案小組會議討論所獲致之下列結論，於本(104)年12月前提報「擬公開之藥價差資料及相關配套措施」。

一、為利整體健保制度之監理，建請中央健康保險署在體制內規劃公開藥價差資料，並以各層級醫療院所(醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所)及藥局為類別，定期公開年度藥價差百分比及金額。

二、專利期內癌症藥品與罕見疾病藥品影響藥價差之統計，應呈現排除後之估算資料；另調降藥品價格(縮小藥價差)之節餘，大多應用於新藥的引進及舊藥的擴大給付範圍，亦請一併呈現及說明。

三、藥價差資訊之公開，須有完整配套措施，如：公布之數據應註記相關資訊以免遭致誤解，針對外界可能之疑問事先擬具問題與說明(Q&A)之說帖，以利社會各界正確解讀。

四、請中央健康保險署持續蒐集各層級醫療院所、藥局及藥業九大公協會等相關團體之意見，以避免資訊公開而導致藥品相關產銷結構或機制受到影響或破壞。

第三案

提案單位：中央健康保險署

案由：增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 5 條條文(草案)，提請討論。

決議：針對中央健康保險署所提增修條文草案，本會無反對意見，請該署依法報主管機關核定發布。

拾壹、專案報告

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應，請鑒察。

決定：請中央健康保險署參考委員所提建議，對新藥、新特殊材料、新診療服務及放寬藥品適應症等項目，都應進行財務影響評估及替代效應分析，於累積不同項目之案例後，擇期提報完整且全面之資訊供業務之用。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形(含「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」之執行效益與經費使用情形)報告，請鑒察。

決定：請委員自行參閱書面資料。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之評估與檢討報告(併同提出「擬具全民健保藥價政策之問題研析」)，請鑒察。

決定：請中央健康保險署於本年 12 月前提報「擬公開之藥價差資料及相關配套措施」時，併同提出確保健保給付藥品品質之相關機制。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險業務監理指標之監測結果報告，請鑒察。

決定：請委員自行參閱書面資料(含「全民健康保險監理指標監測結果報告」)。若有相關建議，請提供幕僚作為年底研修指標之依據。

拾貳、臨時提案

第一案

提案人：謝委員天仁、何委員語(提案資料詳附件一)

代表類別：保險付費者代表

案由：關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床率較低醫院，進行整合，提請討論。

決議：

一、請中央健康保險署盡速加強推動所研議之「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，以提升燒燙傷病人照護之完整性，及整合資源運用之效率。

二、委員所提「為疏緩北部收治八仙塵爆病患醫院之壓力，對願意接受轉至中南部治療者，可考慮自各界捐款中提撥部分金額做為誘因」之建議，請中央健康保險署轉請新北市政府參酌。

第二案

提案人：滕委員西華、蔡委員宛芬、吳委員玉琴、楊委員芸蘋、陳委員義聰、李委員永振、何委員語、謝委員天仁、陳委員聽安、黃委員啟嘉、張委員文龍、楊委員漢濤、潘委員延健、蔡委員明忠、林委員敏華、張委員煥禎、謝委員武吉、李委員蜀平、楊委員麗珠、李代理委員豐裕(何委員永成代理人)、張委員賜、莊委員志強、蔡委員登順、干委員文男、吳委員肖琪(提案資料詳附

件二)

代表類別：保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正人士

案由：針對衛生福利部於 104 年 7 月 21 日於行政院公報刊登預告修正「全民健康保險法施行細則」之部分條文修正草案，其中預告版本欲刪除施行細則第 45 條。此案涉及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保單位之權利均有影響，本會基於權責，應立即向衛福部要求暫緩修正，提請討論。

決議：本會基於下列主要理由，建請衛生福利部對本(104)年 7 月 21 日預告修正之全民健康保險法施行細則部分條文案案，應暫不包括其中第 45 條之刪除。

一、依全民健康保險法第 5 條，保險政策、法規之研究與諮詢、保險業務之監理等，都是本會應辦事項。尤其全民健康保險法施行細則第 45 條更涉及健保財務、保險對象等之權益，爰其修正應先提經本會討論，才符程序正義。

二、若刪除全民健康保險法施行細則第 45 條，將擴大解釋本法第 3 條政府每年度負擔健保總經費 36% 之計算內涵，例如納入屬社會福利之保費補助等，且日後恐增加被保險人及投保單位之財務負擔，有失衡平性。

三、政府負擔健保總經費下限(36%)計算內涵之修訂，應先有詳細數據資料及認列範圍，並據以通盤檢討評估，以求周延性。

第三案

提案單位：中央健康保險署(提案資料詳附件三)

案由：民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍，爰依健保法第 51 條規定提會審議，請審議。

決議：鑑於全民健康保險法第 51 條第 11 款規定「義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具」項目，不列入本保險給付範圍，爰同意中央健康保險署所擬「以裝配眼鏡(含隱形眼鏡)為目的之相關費用，包括眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等」，亦不列入本保險之給付範圍。請該署依法報主管機關核定公告。

拾參、散會：下午2時45分。

附件一

提案人：林正仁

案由：關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床較低醫院，進行整合，請討論。

說明：

- 一、 104年6月27日八仙塵爆，燒燙傷病患大面積燒傷，需較長住院時間治療，值此各大醫學中心等病床吃緊情況下，排擠其他病患已日趨明顯，尤其急診等候病床情況更為嚴重。
- 二、 為緩解排擠，兼落實垂直整合之分級醫療制度，宜檢討佔床較低之醫院，如部分區域醫院、地區醫院進行垂直整合，或利用其他佔床較低醫院收治病患，以解決部分醫學中心病床吃緊之窘態。

決議：

臨時提案 張鴻莊、志強、蔡亞欽、陳國聖、吳育連

提案人：~~楊秋華~~、~~翁元春~~、~~吳育連~~、~~楊英毅~~、~~林明仁~~
~~李永權~~、~~何宗翰~~、~~林明仁~~、~~林明輝~~、~~黃正峰~~
~~張文龍~~、~~楊雲泉~~、~~潘延健~~、~~徐明德~~
~~江義禎~~、~~謝武吉~~、~~李慶平~~、~~周慶泰~~、~~李豐裕~~

案由：針對衛生福利部於104年7月21日於行政院之報刊
 登載告白處「全民健保保險法施行細則」之部分條
 文修正草案，其中被告白處車輛險施行細則第45條。
 此項修改及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保
 單位之權利均有所影響。本會監督之職責，立即向衛生福
 利部要求暫緩修正，並要求依健保法第3條，併入車輛
 會議第2案[提案討論]並議。

全民健康保險法施行細則部分條文修正草案總說明

全民健康保險法(以下稱本法)施行細則(以下稱本細則)於八十四年一月二十八日訂定發布，其後歷經十二次修正，最近一次修正為一百零一年十月三十日。

本細則配合二代健保修正施行後，因應行政院組織改造、兵役制度變革以及醫院評鑑制度修正，相關條文應予修正，俾符時宜；且配合保險人辦理實務作業需要，增修相關規定，以求法制完備；另外，有關政府每年負擔全民健康保險總經費之規定，本法已有規定，本細則毋需再為規範，爰擬具本細則部分條文修正草案，共計修正六條，刪除一條，要點如下：

- 一、 配合行政院組織改造，修正行政院國軍退除役官兵輔導委員會之名稱。(修正條文第十六條、第六十三條)
- 二、 增訂接受軍事訓練並出具「結訓令」之役男，亦得自結訓之日起一年內以眷屬身分加保之規定，以保障結訓役男權益。(修正條文第二十一條)
- 三、 增訂第六類被保險人出國停保後，原依附該被保險人投保之眷屬，得續留原投保單位加保之但書規定。(修正條文第三十八條)
- 四、 有關本法第三條政府每年度負擔本保險總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六之規定，就其文義並未限定計入政府負擔數之範圍，爰刪除現行條文第四十五條。
- 五、 按九十九年度經主管機關辦理醫院評鑑，評定為第一類及第二類合格以上之醫院，合格效期至多四年，已於一百零三年屆滿，目前已無上述評定之醫院，爰配合刪除現行條文第二項。(修正條文第五十九條)
- 六、 明定本次修正條文之施行日期。(修正條文第七十三條)

全民健康保險法施行細則部分條文修正草案條文

對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第十六條 本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有國軍退除役官兵輔導委員會核發之中華民國榮譽國民證或義士證之人員。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，指領有國軍退除役官兵輔導委員會核發之榮民遺眷家戶代表證之人員。</p>	<p>第十六條 本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有<u>行政院國軍退除役官兵輔導委員會</u>核發之中華民國榮譽國民證或義士證之人員。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，指領有<u>行政院國軍退除役官兵輔導委員會</u>核發之榮民遺眷家戶代表證之人員。</p>	配合行政院組織改造，修正行政院國軍退除役官兵輔導委員會之名稱。
<p>第二十一條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險：</p> <p>一、應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。</p> <p>二、服義務役兵役或替代役退伍（役）<u>或結訓</u>者，自退伍（役）或<u>結訓</u>之日起一年內。</p>	<p>第二十一條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險：</p> <p>一、應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。</p> <p>二、服義務役兵役或替代役退伍（役）者，自退伍（役）之日起一年內。</p>	基於兵役法修正後，接受軍事訓練並出具「結訓令」之役男，與現役期滿退伍之役男相同，均已履行兵役義務，爰配合酌修第二款文字，以保障受訓役男權益。
<p>第三十八條 被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：</p> <p>一、被保險人因前條第一項第一款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。</p> <p>二、被保險人因前條第一項第二款情形停保時</p>	<p>第三十八條 被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：</p> <p>一、被保險人因前條第一項第一款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。</p> <p>二、被保險人因前條第一項第二款情形停保時</p>	考量實務上第六類被保險人辦理出國停保後，眷屬若選擇繼續於原投保單位加保時，鄉（鎮、市、區）公所並無不予以同意之權利，為能切合現況，爰配合新增原依附第六類被保險人投保之眷屬，亦為得繼續在原投保單位加保之例外情形。

<p>，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意或原依附第六類被保險人投保者，得於原投保單位繼續參加本保險。</p>	<p>，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意者，得於原投保單位繼續參加本保險。</p>	
	<p>第四十五條 本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費，及政府依本法第二十七條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。</p>	<p>一、<u>本條刪除</u>。 二、依本法第三條第一項規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。就其文義並未限定計入政府負擔數之範圍，而實務上，政府除依本法第二十七條及第三十四條規定負擔保險費外，尚依其他規定提供保險費補助，本條文似有限縮本法之虞，爰予刪除。</p>
<p>第五十九條 本法第四十三條第一項所稱地區醫院、區域醫院及醫學中心，指經主管機關辦理醫院評鑑評定為地區醫院、區域醫院及醫學中心之醫院。</p>	<p>第五十九條 本法第四十三條第一項所稱地區醫院、區域醫院及醫學中心，指經主管機關辦理醫院評鑑評定為地區醫院、區域醫院及醫學中心之醫院。</p> <p style="text-align: center;"><u>中華民國九十九年度以前申請參加醫院評鑑，經主管機關評定為第一類及第二類合格以上之醫院，分別視同本法所稱之地區醫院及區域醫院。</u></p>	<p>按九十九年度經主管機關辦理醫院評鑑，評定為第一類及第二類合格以上之醫院，合格效期至多四年，已於一百零三年屆滿，目前已無上述評定之醫院，爰配合刪除第二項。</p>
<p>第六十三條 第五類被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管</p>	<p>第六十三條 第五類被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管</p>	<p>配合行政院組織改造，修正行政院國軍退除役官兵輔導委員會之名稱。</p>

<p>機關依本法第四十九條定期撥付保險人。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，得由國軍退除役官兵輔導委員會定期撥付保險人。</p>	<p>機關依本法第四十九條定期撥付保險人。</p> <p>本法第十條第一項第六款第一目被保險人依本法第四十三條及第四十七條規定應自行負擔之費用，得由<u>行政院</u>國軍退除役官兵輔導委員會定期撥付保險人。</p>	
<p>第七十三條 本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。</p> <p><u>本細則修正條文自發布日施行。</u></p>	<p>第七十三條 本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。</p>	<p>增列第二項，明定本次修正條文之施行日期。</p>

臨時提案

附件三

提案單位：中央健康保險署

案由：民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍，爰依健保法第 51 條規定提會審議，請討論。

說明：

一、日前食品藥物管理署函請各縣市衛生局加強管理業者販售隱形眼鏡，需請消費者出示六個月內有效的眼科醫師處方箋。且依 101 年 6 月 4 日衛署醫字第 1010264906 號函略以(詳附件 1)，裝配隱形眼鏡需經眼科醫師驗光，民眾據其所開處方，購買加工製成成品，再送交眼科醫師裝配，係屬醫療行為。

二、依據二代健保修正前健保法第 39 條第 1 項第 12 款規定「其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品」不在本保險給付範圍。經查本署 84 年 8 月 11 日健保醫字第 84009259 號(詳附件 2)暨 85 年 3 月 15 日衛署健保字第 85013609 號公告(詳附件 3)，以下情形不屬本保險給付範圍：

(一) 眼科驗光檢查費用。

(二) 交付配鏡處方。

三、現行健保法第 51 條第 1 項第 12 款規定「其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物。」不列入本保險給付範圍。本署建議民眾如為單純購買隱形眼鏡而至院所眼科驗光並索取處方箋，該院所不可申報診察費等相關醫療費用，列為非本保險給付範圍，爰提案至貴會審議。

擬辦：本案如獲委員同意，將依程序報主管機關核定公告。

決議：

檔 紙：
保存年限：

行政院衛生署 函

機關地址：10341台北市大同區塔城街38號
傳 真：(02)85906061
聯絡人及電話：洪國豐(02)85906666轉6613
電子郵件信箱：mdhgf@doh.gov.tw



台北市中山區民權東路1段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國101年6月4日

已電子發文

發文字號：衛署醫字第1010264906號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關隱形眼鏡之驗光配鏡係屬醫療行為，仍應由醫師為之，請查照。

說明：

- 一、依據本署食品藥物管理局101年5月24日FDA器字第1010032678號函副本辦理。
- 二、按醫師法第28條所稱醫療業務之行為，係指凡以治療矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察或診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施行或處置等行為的全部或一部，均屬之。
- 三、裝配隱形眼鏡，以減低近視度數，涉及醫師法第28條所稱醫療業務，須經眼科醫師驗光，民眾據其所開處方，購買加工製成成品，再送交眼科醫師裝配。但一般性近視、老花之驗光配鏡，於「驗光人員法」立法通過前，屬不列入醫療管理範圍。另，單純隱形眼鏡成品之販賣，則非屬醫療行為，應依藥事法規定辦理。

四、至非屬醫師之相關從業人員，建請 貴會轉知全體會員於執業
行為仍宜注意避免違反醫師法，以維自身權益。

正本：中華民國眼科醫學會、中華民國驗光配鏡人員職業工會全國聯合會、台灣省鐘錶眼鏡
商業同業公會聯合會、中華民國驗光配鏡學會、行政院衛生署食品藥物管理局、中華
民國藥師公會全國聯合會

副本：各直轄市及縣市衛生局

署長 邱文達

本案依分層負責規定授權處室主管決行



... 最新動態 法規查詢 函釋查詢 法規草案 英譯法規

函釋查詢 > 查詢結果

(有加底線者為可點選之項目：法條)

共6筆 / 現在第5筆

[第一筆](#) | [上一筆](#) | [下一筆](#) | [最末筆](#)

發文單位： 中央健康保險局

發文字號： 健保醫字第 84009259 號

發文日期： 民國 84 年 08 月 11 日

資料來源： 全民健康保險醫務管理法規解釋彙編(86年8月版) 第 1 輯 13 頁

相關法條：[全民健康保險法 第 39 條 \(83.10.03\)](#)

要旨： 近視、遠視、散光、老花等之診療給付疑義

主 旨：有關近視、遠視、散光、老花等之診療是否屬全民健康保險給付範圍乙案
，復如說明，請 查照。

說 明：一 復 貴分局本(八十四)年六月八日健保中醫字第八四〇〇四七八二號書函。

二 有關眼科(近視、遠視、散光、老花、弱視、斜視等)之驗光檢查是否給付，正報署核定中，未獲核定前暫不列入本保險給付範圍。

三 下列情形非屬本保險給付範圍：

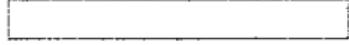
- (一) 近視手術治療。
- (二) 交付配鏡處方。

四 學童防治近視之眼藥水，逕全民健康保險用藥品項表收載之品項，屬本保險給付範圍。

五 其餘因眼科診療疾病必須施行之支付標準已列項目，得依規定申報費用。

共6 筆 / 現在第5 筆

[第一筆](#) | [上一筆](#) | [下一筆](#) | [最末筆](#)

[::: 最新動態](#) [法規查詢](#) [看板查詢](#) [法規草案](#) [英譯法規](#)

::函釋查詢 > 查詢結果

(有加底線者為可點選之項目 法條)

共6筆 / 現在第4筆

[第一筆](#) | [上一筆](#) | [下一筆](#) | [最末筆](#)

發文單位： 行政院衛生署

發文字號： 衛署健保字第 85013609 號

發文日期： 民國 85 年 03 月 15 日

資料來源： 全民健康保險法令解釋彙編(86年3月版) 第 48 頁
 衛生署公報 第 25 卷 15 號 25 頁

相關法條： [全民健康保險法 第 39 條 \(83.10.03\)](#)

要旨： 第一則

眼科驗光檢查費用是否給付

第二則

公告眼科驗光檢查費用不屬全民健康保險給付範圍

主 旨：公告眼科驗光檢查費用不屬全民健康保險給付範圍。

依 據：全民健康保險法第三十九條第一項第十二款。

共6 筆 / 現在第4 筆

[第一筆](#) | [上一筆](#) | [下一筆](#) | [最末筆](#)

第 2 屆 104 年第 6 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、「議程確認」、例行報告第一案「確認本會上(第 5)次委員會議紀錄」、例行報告第二案「本會上(第 5)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」與會人員發言實錄

柯執行秘書桂女

各位委員、所有與會者，大家早！現在委員出席人數已達法定開會人數，請鄭主任委員守夏召開今天的委員會議。

鄭主任委員守夏

一、各位委員，大家早！(與會者回應：早)今天是本年度第 6 次會議，謝謝大家準時出席。請參看會議資料，今天委員會議的議程，安排例行報告 3 案、討論事項 4 案，專案報告 4 案，委員對議程安排若無意見，就按照議程進行會議。(未有委員表示意見)

二、首先確認上次委員會議紀錄，請同仁宣讀。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

一、謝謝同仁的宣讀，請問委員對會議紀錄內容有無修正意見？如果沒有修正，上次委員會議紀錄確認。

二、有關成立專案小組討論藥價差公開相關事宜，將於討論事項第二案說明。接著進行「本會上(第 5)次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」，請柯執行秘書桂女報告。

柯執行秘書桂女

各位委員及所有與會者早！請委員翻到議程資料第 15 頁，針對上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告，共有 4 點說明：

一、說明一，上次委員會議決議(定)之 8 事項，依辦理情形建議解除追蹤 5 項，繼續追蹤 3 項，但最後仍依委員議定結果辦理。
請委員翻到會議資料第 17 頁之附表：

(一)第 1 項，有關「104 年度全民健保各部門總額協定事項相關

計畫之辦理情形」案，總額協定事項可分三類，第一是依法定程序辦理的項目，此須送本會備查；第二是需經本會同意或向本會說明之項目；第三是需提報執行情形之項目。附表第 21 至 33 頁即是根據這三類，報告四個總額部門及其他預算之執行情形，請大家參閱。第 32、33 頁附表則是安全針具申報情形統計表，這是委員長期關心，且希望有數據供參考的項目。本項已按決議(定)事項辦理，故建議解除追蹤。

(二)第 2 項，有關本會幕僚與健保署編製「全民健康保險業務監理指標」監測結果報告(含完整數據報表)供委員參考之決定，本會幕僚與健保署已合作完成「全民健康保險監理指標監測結果報告」，隨同本次會議資料提供委員參考。目前，該報告還在草案階段，日後將陸續納入監測結果。報告第 35、36 頁，有 2 項監測指標名稱欄位漏失，是因檔案送印時，資料上傳產生問題所致，日後將予補正。另外，第 25 頁指標 4.3「家庭自付醫療保健費用比率」監測結果分析之年度應更正為 100 年至 102 年，下次編製時將予更正，尚請見諒。本項已完成，故建議解除追蹤。另外，委員關心的指標修訂事宜，預計 12 月委員會議會提出指標增修建議之討論事項，歡迎委員隨時提供寶貴意見，幕僚將收集委員意見，進行研修作業。

(三)第 3 項，有關「中央健康保險署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔健保總經費 36% 見解不同案」，因行政院已裁決尊重主管機關之計算方式，健保署並根據本會之決議回復費用計入範圍及金額，資料請參閱健保業務執行報告第 5 頁、7 頁。本次將進行口頭之健保業務執行報告，委員若有意見，屆時可提出並請健保署回應。至本案所產生之差額撥補情形，健保署將俟主計總處與衛福部會商後儘速提報，本項建議繼續追蹤。

(四)第 4 項，請參閱會議資料第 18 頁，有關建議試辦中醫治療

「過敏性鼻炎」案，因該案建議使用之水劑目前非屬給付範圍，已請健保署與中華民國中醫師公會全聯會進行研究。健保署回復，將俟全聯會提出實證醫學資料後，再依規定納入總額協商考量或提共同擬訂會議討論，故本項建議解除追蹤。

(五)第 5 項，請參閱會議資料第 19 頁，有關建請健保署於委員會定期按月提供醫學中心、區域醫院之門、住診初(次)級照護及下轉等數據資料案，健保署表示，將自 8 月起按月於業務執行報告提供門診及急診下轉相關資料；其次，有關個別醫學中心之急診下轉情形，及各層級醫院之門診初級照護檢驗檢查及藥事服務費與藥費等費用資料，健保署會在適當的時候提報，這 2 項將於健保署提報後解除追蹤，故本項繼續追蹤。第 6 項，請健保署收集國外其他保險單位之相關統計，作為進一步統計分析之參考等建議，則建議解除追蹤。

(六)第 7 項，有關組成專案小組討論藥價差公開相關事宜，專案小組會議結論已納入本次第 2 項討論事項繼續討論，如果還有須要繼續追蹤事項，則會納為下一次的追蹤案，本項建議解除追蹤。

(七)第 8 項，請參閱會議資料第 20 頁，有關各部門總額需保障或鼓勵服務，採點值保障方式是否合宜之探討與改善方案，由於保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，爰請健保署依前開原則辦理，並適時提會報告，本項將於健保署提報後解決追蹤，故建議繼續追蹤。

二、說明二，請翻回會議資料第 15 頁，本會將於下星期四、五(7 月 30、31 日)，假集思交通部國際會議中心國際會議廳召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，議程詳第 34、35 頁附件。這兩天的成果報告十分精采、資料也很豐富，有助於委員對總額部門之瞭解及明(105)年度之總額協

商，歡迎委員踴躍參加。

三、說明三，中華民國牙醫師公會全國聯合會於 6 月 24、25 日，擇台南市、嘉義縣、雲林縣、南投縣辦理之「104 年牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)計 11 位參加，參訪活動報告請參閱第 77 至 84 頁之附錄一。

四、說明四，健保署於 6~7 月間發布並副知本會之相關資訊，資料詳第 85 至 96 頁之附錄二至五，因為後面還有多項議案，為節省時間，請委員自行參閱。

鄭主任委員守夏

謝謝柯執行秘書的報告，請問委員有無詢問？請謝委員武吉。

謝委員武吉

本次的會議決議(定)事項辦理情形追蹤作業做得很好，但是第 6 項，當時的決議是「請健保署收集國外其他保險單位之相關統計，作為進一步統計分析之參考」，健保署都還沒執行，就建議解除追蹤，並不適當，希望本項繼續追蹤。

鄭主任委員守夏

好，第 6 項就繼續追蹤，請健保署收集相關資料，提出明確回復後，再解除追蹤。請問委員有無詢問？如果沒有，接著進行下一案。

柯執行秘書桂女

向委員補充報告，歷來在 7 月份委員會議，都會先抽籤決定 9 月份總額協商的順序，屆時就按照各部門抽籤結果進行協商。

鄭主任委員守夏

一、請各總額部門代表抽籤(同仁持籤筒依座位順序請各總額部門的代表委員抽籤)。抽籤結果分別是牙醫第 1、西醫基層第 2、醫院第 3、中醫第 4。9 月就照此順序安排 105 年度總額之協商。

二、壢新醫院的張委員(院長)煥禎，有個禮物要送大家，請張院長

說明一下。

張委員煥禎

- 一、個人在一代健保的費協會成立時(85 年 11 月)即擔任委員，到現在的第 2 屆健保會，可說已在此溝通平台上和來來往往的委員們共事了近 20 年，跟大家的關係可算是亦敵、亦友。壠新醫院是唯一與健保局同年同月同日生的醫院，今年適逢壠新醫院成立二十周年，天下文化雜誌幫忙出版了一本書(沒有圍牆的醫院-壠新改寫台灣醫療史)，記錄醫院 20 年來成長的歷史。區域醫院中，本院是少數投注許多心力在社區醫療的醫院，將這本書送給大家，裡面有封我寫給委員的一封信，裏面有句話：「不要只談錢」」是我的真心希望。委員的責任很重大，希望未來大家能理性討論，為制度共同努力。
- 二、希望在今年結束前，能有機會請健保會協助安排委員到壠新醫院參訪。讓大家了解台灣當初的醫療群是社區醫院先開辦，健保局才接著推行，委員可藉此瞭解醫界所做的努力，以及不像外界說的或想的那麼糟糕。我們會把相關的資料準備好，讓大家看一下基層、社區醫院、區域醫院與醫學中心如何整合運作。本書(沒有圍牆的醫院-壠新改寫台灣醫療史)謹請委員參閱，希望能激盪出進步的火花。委員所詢問夾於書中的捐款單，應是天下雜誌夾附的，本人沒有募款之意，請大家不要誤會。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員煥禎。張委員邀請所有委員去參訪乙事，就請張院長跟健保會的幕僚討論一下，以在適當時點邀請所有委員參加。

張委員煥禎

一定要去！不去很可惜啦！大家可以看到台灣的另外一面。

鄭主任委員守夏

謝謝張委員盛情的邀約。接下來進行第三項例行報告，請黃署長報告。

貳、例行報告第三案「中央健康保險署『104 年 6 月份全民健康保險業務執行報告』」與會人員發言實錄

黃署長三桂報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃署長三桂非常詳細的報告，這次報告除了例行的業務執行報告內容外，健保署也對外界所關心八仙樂園粉塵暴燃事件，準備了業務推動的相關簡報說明，請問委員有無詢問？

李委員永振

一、請參看業務執行報告第 5 頁，感謝健保署提出初步資料，讓委員可以了解「政府負擔健保總經費不足法定下限 36% 之差額」採衛福部計算方式的大致情況。不過建議健保署還是依據上次會議的結論，提供詳細的分析資料，例如健保署算出來的年度保險總經費是多少？法定的收入是多少？扣除法定收入後金額的 36% 是多少？就原依全民健康保險法施行細則第 45 條（註），計算政府負擔健保總經費法定下限 36%，是計入那些項目？每個項目多少錢？依預告中的全民健康保險法施行細則修訂案，第 45 條將刪除，請問施行細則第 45 條刪除後，政府負擔保險費擬新納入計算的 9 項，其法源在哪裡？內容為何？金額多少？將這些金額臚列計算後，可呈現總計金額，讓委員較易了解整體情形。此金額為權責制，剛才柯執秘提到，此案將繼續追蹤；健保署跟主計總處將再協商，包括資金要怎麼撥入等流程，請持續追蹤到可以提出報告。這是第一個建議。

（註：全民健康保險法施行細則第 45 條略以「政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費」）。

二、業務執行報告第 7 頁，有關表 5-1「全民健康保險財務收支分析表(權責基礎)」，有些問題請教：

(一)上次會議報告提到 102 年度及 103 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數接近 490 億元，這是確定的數額。

(二)衛福部已於本年 7 月 21 日預告修訂全民健康保險法施行細則(其中含刪除施行細則第 45 條條文)，自預告隔日起，7 天內若無意見就會依法公告。

(三)表 5-1(註 4)對政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數，除採衛福部核算原則外，並重新計算 104 年 1~5 月份差異數，為 40.12 億元。記得上個月健保署業務執行報告此項所列的差異數是 76.44 億元，本月數據少了 36 億元。請問這 36 億元是否就是第 5 頁所提 72 億元的一半？(註：業務執行報告第 5 頁說明略以，依據行政院核復，「政府應負擔健保總經費不足法定下限 36%之差額」採衛福部核算原則，並自本(104)年度起將 9 項政府已實質負擔之保險費，納入認列範圍。104 年度該 9 項政府補助之保險費估約 72 億元。)

(四)如果答案為「是」，請問修施行細則第 45 條之變動，可以追溯自 104 年 1 月開始適用嗎？還是應該在正式公告之後才適用比較合理？請健保署回答，也請各位委員思考。

鄭主任委員守夏

累計幾個問題後，再請健保署一起回答。先請謝委員天仁，再請何委員語。

謝委員天仁

一、有關台北八仙樂園粉塵暴燃事件，站在付費者立場，非常感謝醫療體系所做的照護與努力。

二、提醒健保署，冤有頭債有主，先行墊支的醫療費用，若能代位，該費用不列入 104 年總額，基本上沒有意見。但若最後收不回來，損失的是全民的錢，因此提出幾點須注意事項：

(一)健保署依實際之需要而與新北市政府進行約定，需注意不能妨害被害者對加害者的求償權，這點很重要，例如，利

用捐款預先支付醫療費用，若未先聲明，恐會誤以為被害人沒有財產損失，因此對加害者本身的求償部分，即可能產生法律疑義，新北市政府現已了解問題所在。我認為台灣民眾的善意旨在保護被害者，而非減輕加害者的賠償範圍。

(二)本會對「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」的支用，已設定動支標準，之前高雄氣爆事件也動用過該筆預算。高雄氣爆事件沒有衍生太多的問題，但本次八仙樂園粉塵暴燃事件則不然，目前係以「地區醫療費用影響」做為評估標準，預估費用必須「達該地區當年季平均總額預算之 0.3%以上」才能動支預算。但除了台北區外，病患也散在其他地區，請問這些患者是否也能動用此筆預算？還是因為其他地區未能達到 0.3%的標準，所以不能使用此筆預算，這會產生問題。

(三)再深入思考，假設北、中、南各區總計，粉塵暴燃事件使用的醫療費用超出年度可用額度，目前約 8 億多，該如何處理？健保署已對外宣稱「粉塵暴燃事件所產生的醫療費用不列入 104 年醫院總額」，有否考慮到費用超出時如何處理？

(四)有關求償問題，剛才黃署長也有說明，健保對業者代位求償的受償金額，可能很有限，但以造成高雄氣爆事件的李長榮化學工業股份有限公司(李長榮化工)為例，原先求償的 1 千 200 萬不敷使用，就再進行追償動作，李長榮化工資本額 80 多億元，怎會不夠還？八仙粉塵暴燃案，八仙樂園應該負民事上的責任。據了解，八仙業者指派法人代表到萬海航運擔任法人，且當選董事長，意即業者有萬海航運的股票，否則怎能以股東身分指派代表擔任法人。看來不會因業者無資產而求償不到，但問題出在哪裡？請看健保法第 95 條第 1 項第 2 款，相信此次事件是引用此法條行使代位求償，該款規定公共安全事故，只能向保險人(第三人依

法規定應強制投保之責任保險人)求償，但是同項第 3 款就清楚規定，對於重大交通事故、公害及食品中毒事件，如未投保可對加害者求償。此事件應不適用第 3 款，若適用第 2 款，是否能對舉辦活動之業者行使代位求償權，顯有疑問。因此，若本會同意動用此筆 8 億元預算，在健保署對業者沒有代位求償權的情況下，最後可能只能拿回 5 千萬元，這是大家必須面對的問題。所以我認為應先釐清相關問題，針對有疑義之處，再跟新北市政府協商清楚。健保使用的是全民的錢，假設新北市政府可用捐款專戶的錢返還健保墊付款，本會當然不會有太大意見，但是如果新北市政府沒有用捐款返還，我認為會排擠一般民眾使用健保資源。

三、對八仙塵爆事件，社會上也有很多不同意見，例如，有人認為這些受傷民眾是去玩樂才會遭致傷害。先不論斷這些說法，但本事件之傷者都是民眾、保險付費者，健保當然該保護。只是從保護措施看來，如果傷者換做是為了社會經濟努力，而在工作場所受到職業傷害的勞工，或是高雄氣爆事件的受傷者，請問政府有像這樣善待他們嗎？為什麼獨獨以這樣的方式處理八仙塵爆事件傷者？我覺得衡平性有待商榷，不管行政院要怎麼做，但站在健保署的立場，應該要考量相關問題。

鄭主任委員守夏

謝謝謝委員天仁，請何委員語。

何委員語

一、主席，各位委員好！在這裡代表工業總會及各工商團體的資方，對衛福部、健保署及新北市政府等政府相關單位迅速動員的能力、積極投入的精神表示感謝；對於醫療院所發揮急難救助的精神及連日來的辛勞，特別要表達崇高的敬意和感謝。

二、我認為應該調查在本案中受傷之外籍人士，有否投保國際保險，或者來台時有沒有加入社會保險，以追查相關保險業者，

使其負起應該負的責任。

- 三、贊成謝委員天仁所提，如同高雄氣爆的李長榮化工的處理一般，此次八仙塵爆事件，應該要對加害人行使代位求償權以清償醫療費用，並藉此建立典範，促使社會上各行業如製造業、商業、休閒業、交通旅遊業，未來在舉辦活動時，能主動思考安全防範措施是否完備。基於憲法保障人民生活安全、免於恐懼的前提，應該提供國民安全的生活環境，以上是我對八仙塵爆事件的看法。
- 四、其次要請教黃署長三桂，您剛於業務執行報告第 3 頁提到，就業人口增加(第一類保險對象占率由 99 年底的 53.05% 增加到 104 年 5 月底的 56.04%)，請問就業人口增加，是否表示扶養的眷口數相對降低？會不會影響明年的平均眷口數？這兩者間有無連帶關係，這是非常重要的議題。
- 五、關心眷口數問題，主要是本月 27 日我跟羅委員紀琼將參加國家人口及人才政策會報，更重要的原因是，從 4 月份開始，勞動部就跟工業總會、工商團體代表討論基本工資公式，已決定要修改原來的公式，回歸以扶養費、扶養眷口數等參數訂定基本工資。討論公式時，曾把扶養眷口數訂在 0.83 人左右，當時我即告知這個數字不正確，因為今年政府公告的平均眷口數是 0.62 人，不是 0.83 人。平均眷口數的數據會牽動未來勞動部計算基本工資採用的參數(扶養眷口數)，所以不論其究竟是國家統計局或衛福部統計處的統計結果，每年都應明確地公告，才能作為工商團體跟勞動部協議基本工資調整的依據。
- 六、希望每年平均眷口數公告後，衛福部及健保署能依照每年的公告數據來收保費，工商團體也願意以政府公告的平均眷口數做為基本工資調整的基準。

鄭主任委員守夏

請健保署先回答三位委員的問題後，委員再繼續發問，請黃署長三桂。

黃署長三桂

- 一、謝謝各位委員垂詢！李委員永振提到，希望本署在業務執行報告第 5 頁中，將計入「政府應負擔健保總經費法定下限 36%」的項目、內容臚列出來，並且跟行政院主計總處原有的核算方式做比較，這個部分沒有問題，我們會處理。
- 二、李委員永振詢問業務執行報告第 7 頁表 5-1 備註第 4 點，有關本年度 1~5 月份政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數，依衛福部核算原則，重新計算差額為 40.12 億元乙節，委員認為此項計算涉及法規修訂，修法案既然還在預告階段，就不應先行改變計算方式(即將 9 項政府已實質負擔之保險費，納入認列範圍)。由於該數據只是暫列，等健保法施行細則修正公告後，若需修正數據，健保署會配合更正，現階段這個數據不是 final(最終) 版。
- 三、同意謝委員天仁所提「冤有頭，債有主」的觀念，本署幫新北市政府代墊的款項一定會負責收回來。本署與新北市政府間已協商由健保署代辦代墊非健保給付費用的約定有公文為憑，本署先代墊醫療費用，新北市政府依約要負責歸墊。至於代位求償部分，本署一定會按照規定去做，大家對保障被害者的看法是一致的，不會因為新北市政府的協助，減少求償的權利。
- 四、有關何委員語所垂詢外籍人士是否有國際保險的問題，因為這次非全民健保保險對象的醫療費用全部由新北市政府承擔，所以本署不須去追究此問題。另外，目前公告的平均眷口數是 0.62 人，依全民健康保險法施行細則第 68 條第 3 款規定，健保署在年底會重新計算，並依規定報請衛福部調整。

鄭主任委員守夏

先請王委員文男，再請滕委員西華及張委員煥禎發言。

王委員文男

- 一、主席、各位與會委員，我要詢問業務執行報告第 5 頁政府應負擔健保總經費 36% 和第 7 頁的數據部分。第 5 頁所列政府已實

質負擔之 9 項保險費內容，過去並未講清楚，印象中沒那麼多項，現在又多出來，是否為因應政府應負擔健保總經費不足法下限 36%，多灌進去以稀釋政府應負擔健保總經費 36% 的費用？此外，對於 102 及 103 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數差額約 490 億元，不清楚到底是如何計算出的。

二、我認為八仙塵爆事件真正的被害者是健保基金，因為不可能經由求償回收費用。過去在健保監理委員會近十年，除了強制汽車責任保險代位求償有看到收回款外，其他代位求償的金額從來沒看過，也許是我看不懂，能否請健保署向委員報告。贊成謝委員天仁的意見，健保該求償的就求償，否則等到大家都求償後，帳還在半空中，最後還是由健保基金支付傷者的醫療費用。

三、今年結束後，明年還需要多少費用，時間一久，也許在座的主管都換人，對本事件及經費的流向會更不清楚。建議健保署應規範未來若要辦理妨礙健康的活動，例如大胃王競賽，主辦單位應提供相對保證金，以保障參與活動民眾的安全。除非是偶發事件，如：火山爆發就沒有辦法，因屬於天災，但本次事件是人禍，雖然也有保險，但數額太少不足以求償。因此，若要辦理相關活動，應規定須有基本的保險數額。此外，如同謝委員天仁所言，高雄氣爆事件李長榮化工應該負責到底，不像本次事件，不知道以後要找誰負責，應該要牽牛頭，不應該只抓住牛尾。希望健保署或衛福部訂定相關辦法，各行各業未來要辦理類似的活動，都要將保險考慮進去，若不幸發生災害才能求償，不要讓健保基金成為最後受害者。

鄭主任委員守夏

謝謝千委員文男，接下來請滕委員西華。

滕委員西華

一、八仙塵爆案辛苦醫療機構和健保署的同仁，我只有一個問題，提醒健保署要注意「新北市政府專案返還墊付款金額」，目前

新北市收到的捐款金額大概是 12 億元左右，但受到前陣子發言不當的影響，捐款看起來是停了，建議健保署要求新北市提供返還墊付款的計畫，否則若受到其他賠償金額的排擠，不知多久才能拿到該筆款項，健保署應和新北市即早協調墊付款的返還計畫和期程。

二、有關業務執行報告第 5 頁，除李委員永振提到的部分外，須強調，社會保險設定政府負擔一定比例，本來就是社會保險重要的精神和機制，健保法修法時所訂政府應負擔 36% 部分，衛福部在主計總處的要求下，已充分考量將第 27 條(各類保險對象之保險費負擔計算方式)各項政府須負擔以及政府身為雇主負擔的費用，甚至將第 34 條(補充保費)政府應負擔部分，都納入政府應負擔健保總經費 36% 中計算，已是從寬提列。現在衛福部又同意提列這 9 項政府補助的保險費，如果將這些政府社會福利的補助納入，不斷擴充政府應負擔 36% 計算基礎，等於變相降低政府應負擔比例，這是不對的！這是不對的！這是不對的！例如第 9 項經濟弱勢者健保費，若依健保法第 36 條、99 條及 100 條，以及所衍生的紓困基金辦法，是被保險人須自行返還貸款，和政府應負擔的保險費有何關聯？請健保署特別注意，衛福部可能會傾向同意主計總處的要求，但我們要守住全民健保大家的錢。

三、業務執行報告資料第 41 頁有關共同擬訂會議，新藥的審議情形中，有 1 項新藥是兩案報部核定，請教健保署共同擬訂會議在什麼情況下會兩案報部？

四、有關第 42 頁部分，這次八仙塵爆事件有提到基層的物理治療和職能治療，物理治療所和居家照護機構，健保一樣都有特約，居家照護機構特約比例長期一直維持在 5 成左右，物理治療所特約家數則下降非常快，請問原因為何？是因為給付所導致或其他原因？

五、有關第 81 頁重大傷病統計，參與健保事務那麼多年，從署長

剛才的報告，才知道這部分的費用是以 ID(身分證字號)歸戶後進行統計，不是免部分負擔之項目的費用也都計入，不知有沒有聽錯？有沒有可能只將依法免部分負擔的重大傷病費用納入統計。例如，若將洗腎病人看感冒的費用也全部歸戶，這樣可能會讓外界認為某重大傷病別的費用很高，但其他疾病的就醫實際上仍須部分負擔，請健保署協助說明。最後，請教第 82 頁所列總病床數，是醫學中心的健保特約總病床數，或總病床數？

鄭主任委員守夏

謝謝滕委員西華，接下來請張委員煥禎。

張委員煥禎

我的問題很簡單，有關業務執行報告報告第 108 頁表 34「全民健保門、住診費用核減統計表」，最近所在檢討的醫療服務核減品質，以及各醫院的被核減率，很多是依分區或分層級進行統計，但本表沒有分區也沒有分層級，以分區別統計核減資料較有意義，建議也能呈現分區數值。

鄭主任委員守夏

請健保署蔡副署長淑鈴說明。

蔡副署長淑鈴

一、有關干委員文男所提建議，依照健保法，代位求償的動作必然要做。惟依代位求償辦法規定係向第 3 人求償，本事件第 3 人共有 2 家保險公司，投保金額合計 5 千萬元。依代位求償辦法，求償標的是第 1 個月的醫療費用，而且求償順位是其他受害者求償之後的餘額，所以，預期能求償的金額不多，但本署還是會努力求償。本案地檢署已展開調查，最後究竟是刑事或民事責任，須俟確定後再研議謝委員天仁及干委員文男所建議的相關可能求償作為。

二、有關八仙塵爆案代墊費用部分，本署一直與新北市政府保持連

繫，這部分我們會負責收回。剛才滕委員西華提到的還款計畫，對於所發生的自費代墊部分，本署是承諾新北市政府，代墊到 9 月 30 日。目前事件發生到現在還未滿 1 個月，相關事項若屬職責範圍，本署一定會完成。

三、有關滕委員西華詢問，什麼情況下共同擬訂會議會兩案報部，健保署目前有醫療服務、藥品、特殊材料等三個共同擬訂會議在運作，雖然會議係以達成共識為目標，但當與會委員無法達成共識時，迫於無奈只好就最後各方的共識，可能是兩案或多案，報請衛福部裁決，此情形難以避免，但我們會努力盡量不要發生。

四、有關第 42 頁物理治療所特約家數，早期比較多，但最近 15 年、20 年大概都是 11、12 家左右，非常穩定。物理治療所是受理醫療院所釋出處方箋的單位，可能是病人來源不易，開業意願不高，所以特約家數在 11~13 家之間徘徊，變動不大。

五、有關第 81 頁的重大傷病醫療支出點數，是指免部分負擔案件的申報點數及部分負擔金額，若該次就醫主次診斷都與該重大傷病無關，例如癌症病人去看感冒，就要自行支付部分負擔，其點數並未計入，所以本表的點數，代表病人該次就醫與重大傷病有關的費用。

六、張委員煥禎提到，希望第 108 頁的核減率資料以分區呈現，我們先錄案，若可細分到分區，會配合提供。

鄭主任委員守夏

現已超過 11 點，我們的默契是希望報告案 11 點可以結束。請後續發言的委員儘量精簡，先請羅委員紀琼，再請何委員語。對於滕委員西華所詢問尚未回答的部分，請健保署再補充。

羅委員紀琼

一、八仙塵爆事件大家討論的觀點都非常好，我們應向廠商求償；但必須提醒，我們辦的是社會保險，而非商業保險。亦即當保險對象需要醫療服務時，全民健保就必須提供，而不問是不是

他有故意或過失，如自殺、車禍或其他原因。為什麼會有代位求償？是因為保險對象得到的醫療服務，是基於互助，若其因此能另外得到保險的現金給付即有失公允，所以此時會由健保署代位求償。本案醫療費用的財務責任應由廠商擔負，除代位求償的保險給付之外，是否還要追究廠商以其資產來償付，似乎不屬健保署責任，而是政府該執行的事。非常贊成謝委員天仁的意見，政府應該追究到底，但那似乎是屬於另一個層面的問題。

二、關於平均眷口數：全民健保的平均眷口數和民眾實際生活上負擔的眷屬人數，有很大的區別。民國 50 年代蔣經國先生執政時，為了 ILO(International Labour Organization，國際勞工組織)要看我們有多少勞工是在保險的保護範圍內，於是大幅開放職業工會會員可參加勞工保險，且一直持續到今天。所以有非常多人透過職業工會管道加入了勞保，其實沒有真正在工作。另外，有些人為了降低保險費負擔，用最低工資掛名加保，也會讓計算平均眷口數的分母變大，稀釋了平均眷口數，所以用全民健保的數字做為政策依據，要小心比較其背後的真正意涵。

何委員語

一、在此想幫工人團體說明，加入職業工會的會員包括市場賣菜的、理髮的、修理腳踏車的師父和徒弟，不是沒有工作，而是自由職業工作者。我們現在有 30% 地下經濟，這些人都不必申報年度所得稅，國稅局查就知道。

二、健保會應表達不同意刪除健保法施行細則第 45 條的立場，修法後，擬納入政府負擔計列的這些項目，都是政府要負擔的福利措施部分，原來列的是 1 至 6 項，現在又加上第 7~9 項，不清楚第 9 項「經濟弱勢者健保費」如何定義？賣豬肉 1 天也賺二、三千元，但都不必申報所得稅，賣魚和賣菜也是一樣，經濟弱勢者的健保費如何界定，政府這一點不能不講清楚。我上次和毛院長開會時也建議，雖然全民健保隱含福利措施，但政

府應編列福利經費補助，不能將政府應負擔的福利支出，轉嫁到其他保險對象，這點很重要。

謝委員天仁

- 一、蔡副署長淑鈴的說明似有誤解，代位求償辦法只有 95 條第 1 項第 3 款重大交通事故、公害或食品中毒事件才適用，第 1 款及第 2 款之汽車強制責任險及公安事故，也就是這次八仙粉塵暴燃，並沒有辦法適用。因此，沒有所謂的自事故發生時起 1 個月內的費用才能代位求償之規定，幾個月都可以求償，只是到底能否對業者求償，須看第 95 條的相關規定，這部分應予釐清。
- 二、財產保險本就和代位權連在一起才完整，保險公司賺的是管理費用。至羅委員紀琼所提意見，健保沒有不提供治療，我們講的部分是健保費用或超出醫院總額以外的負擔等相關問題。即使沒有這些代墊，代位權本就存在，財產保險法第 53 條規定的很清楚，無待贅言。只是健保法為了效率問題，有些金額我們不追究，例如規定 10 萬元以下不行使代位求償，是為了成本及效率考量。大家提出這些問題把觀念釐清，有助於健保財務的控管。

謝委員武吉

- 一、非常感謝健保署從善如流，於業務執行報告第 82 頁(表 29 全民健康保險醫學中心病床增減情形)呈現病床增減資料，記得謝委員天仁曾表示，希望瞭解的是急診室觀察床的候診時間，與各大醫院急診爆滿的情形；急診觀察床是依衛福部醫事司所掌設置標準，規定依急性病床數的多寡設急診觀察床，亦即設多少急性病床，可相對設多少觀察床，希望未來也能一併呈現。
- 二、業務執行報告第 83~84 頁(表 30 全民健康保險醫院總額各層級門診初級照護)，對醫院各層級初級照護人數、點數及件數均有呈現，以初級照護點數占率來看，醫學中心高出地區醫院 2

倍，區域醫院高出地區醫院一倍半，希望初級照護盡量往下推到地區醫院和基層診所，正三角型的醫療照護結構才是正確的。

鄭主任委員守夏

請健保署最後一次說明。

蔡副署長淑鈴

一、有關謝委員天仁所提代位求償辦法，本署確實依「全民健康保險執行重大交通事故、公害及食品中毒事件代位求償辦法」辦理相關求償。謝委員是提到公共安全部分是否適用，請參閱健保法施行細則第 71 條，依健保法第 95 條第 1 項第 2 款規定，向責任保險保險人代位求償範圍、方式及程序等事項，準用全民健康保險執行重大交通事故、公害及食品中毒事件代位求償辦法之規定。因為這一條，公共安全的代位求償就比照交通事故及食品中毒的規定辦理，所以我剛才說明我們能去對第三責任險求償的標的，依照該辦法是第 1 個月的費用，順序是其他受害者求償後的餘額，健保才能夠去申請代位求償。對本事件而言，第三責任險的 2 家保險公司，投保金額加起來 5 千萬元，依該辦法求償，比較不容易求償到我們所希望的金額，這一點再向謝委員說明。

二、另外，謝委員武吉提到初級照護部分，希望將初級照護病人下轉到社區醫院或基層診所照護，是我們共同努力的目標，且醫學中心的初級照護趨勢也在下降中。急診觀察床的統計資料今天沒有準備，下次再來報告，謝謝！

干委員文男

代位求償保險，那麼多的公害都有標的，能否以人數或規模計算辦理規模的大小，要求辦理活動者編列保險經費。例如本次事件只保了 5 千萬元，經被害人索賠後就用完了，醫療費用最後還是健保基金要負擔。是否請衛福部研議辦法，在活動還沒有舉辦前，就以人為單位，規範保險的規模，不要每次發生事情都來要求健保處理。

鄭主任委員守夏

- 一、代位求償健保署就是依法辦理，新北市政府歸墊金額一定很大，所以本案重點應該是新北市歸墊金額部分，這部分衛福部會整體處理。
- 二、本報告案委員發言中，較為明確的是李委員永振和何委員語的看法，委員共同的意見是 9 項政府補助之保險費擬列入政府應負擔健保總經費 36%範圍，有些項目分明是不甚合法，連法源都有問題，尤其第 9 項(經濟弱勢者健保費)最明確。若委員無反對意見，健保會的共識是修法定謹慎，對於 9 項政府補助之保險費，應逐項檢視列入政府應負擔健保總經費 36%範圍之合理性，不宜稀哩呼嚕就將這 9 項都算進去(委員表示同意)。至其他委員的垂詢、請教或建議，請健保署參考辦理。
- 三、本報告案已超過很多時間，到此結束，接下來進行討論事項第 1 案，請同仁宣讀。

參、討論事項第一案「104 年 627 台北八仙樂園粉塵暴燃之醫療費用由 104 年度總額其他預算之『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目支應案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝宣讀，請健保署補充說明。

蔡副署長淑鈴

一、本案基本上不影響 104 年度醫院總額，在總額其他預算項下，每年編有「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」10 億元，本項費用扣除例行支應醫藥分業相關費用約 1.8 億元後，剩餘 8.2 億元左右，若未發生重大事件，經費就會保留下來。去年高雄氣爆事件也曾動支本項預算，以避免事件衝擊高屏區醫院總額。

二、八仙塵爆事件雖然才剛發生，但因受傷人數眾多達 499 人，多數病人的燒燙傷面積及燒傷深度都非常嚴重，所以八成五以上病人都取得重大傷病卡。目前都還有二百多人留在加護病房無法出院，醫療費用當然較高。本署希望能夠讓在前線搶救病人的醫院，放心財務問題，所以先提出本提案。

三、經評估，本提案符合本項目動支指標之一，為：「不可預期因素屬非天災所致之大型事件，且該事件發生後，前 2 個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之 0.3% 以上」。本事件在 6 月 28 日發生在新北市，因其在台北業務組轄區的大醫院容納不下所有病人，有些病人分散到 22 縣市的醫院收治，不過 70% 的病人都收治在台北和北區(林口長庚)業務組轄區醫院，該二分區的醫療費用總額就占了 70%，其餘病人則分散在其他各縣市。因此，本署希望本案地區別認定為「台北轄區」，經預估台北區 7、8 月支出金額約為 2.5~4 億元，可能還會超過，因為截至目前，光第 1 個月的醫療費用就達 3 億元以上，所以實際支出金額會比目前的預估更高。不過，單以前

述的預估金額估算，就已超過台北區季平均總額預算之 0.3% 的標準，希望委員可同意動用本項預算。

四、謝委員天仁剛才提到，萬一前 2 個月支出超過該項預算餘額應如何處理？因本案金額龐大，剛才署長報告中也提到，行政院已啟動第二預備金支應，本署也在第一時間向行政院提出動用第二預備金之申請，雖然行政院尚未做最後確定，但希望能獲得支援，以減少本次的財務衝擊。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡副署長淑鈴清楚的說明，不知道第二預備金會不會通過，或者會通過多少金額，但在健保的財源中，有預留本項於必要時可以動用的預算，以防萬一。請蔡委員登順表示意見。

蔡委員登順

一、這次不幸的八仙塵爆事件，經過健保署的評估，應符合調節非預期風險經費動支標準，站在個人立場，同意經費先予支持與墊付。

二、據媒體報導，新北市政府專案補助塵爆事件的醫療費用，建議健保署應釐清兩者的支用範圍，若屬地方政府專案補助部分，就不應該使用總額其他預算費用，無論代位求償將來進展如何，不屬於健保給付範圍，就不應使用這項費用。

三、依健保署推估，事件發生後，前 2 個月的醫療支出為 2.5~4.0 億元，另依會議資料第 40 頁，104 年度其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之預算為 10 億元，目前可用額度賸餘 8.2 億元，若依健保署建議，費用支應至 104 年底，請問經費是否足夠？大家都很清楚，這次事件受傷及重症人數很多，對於 104 年之後，這些重症病人的醫療費用也應考慮並妥善規劃。

鄭主任委員守夏

蔡委員登順原則上支持本案。請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、我想多數委員都會支持本案，只是有些問題待釐清。剛才蔡委員登順已點出問題，新北市政府除了專案支應由健保先代墊的項目外，其餘的醫療費用，究竟該由新北市捐款支應？或先動用總額之其他預算支應？何者應優先使用？照理而言，應先使用捐款，再動支其他預算，或者健保署有訂定其他原則，但我認為原則要弄清楚。
- 二、之前已有高雄氣爆的先例，請問其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」如何支應？是對氣爆申請案件，以每點 1 元支付？或是將核准的金額撥入部門總額一併支用？若採前者，投入 8 億多元預算後，則治療八仙粉塵暴燃燒燙傷的點值以每點 1 元支付，而其他燒燙傷治療則按照總額點值支付，為何同樣的治療方式卻有不同點值？這會產生不公平現象。因此，將經費納入部門總額統籌運用，相對較為平衡、合理。用以彌補總額預算的不足，而非專案限定特定用途，我認為這樣比較公平。
- 三、現才 7 月下旬，將經費全數投入後，若再發生其他公安事件，該怎麼辦？是否考慮分季撥付費用，可在財務控管上較為細膩，同時也考慮到各種可能發生的狀況，才不違背其他預算設立本項保留款的本意。我認為，費用支付理所當然，但可考慮分季撥付，之後若發生問題還有緩衝，可避免發生健保沒錢的窘境，這是本會委員需思考的問題。

鄭主任委員守夏

謝謝謝委員天仁，請林委員敏華。

林委員敏華

- 一、基本上同意本案，但延續謝委員天仁的問題，健保署表示已向行政院申請第二預備金支應醫療費用，那其他燒燙傷病患是否給予相同對待呢？
- 二、新北市政府設有捐款帳戶，對八仙塵爆傷患，專案補助健保不

給付之自費醫療費用，請問對其他燒燙傷病患是否也有類似措施，讓他們也得到妥善的照護，這部分健保署也需考量進行規劃。

鄭主任委員守夏

謝謝林委員敏華，原則上大家都表示同意。委員主要是在執行面上對健保署提出建議，或是希望做法能更明確，這未來都須再與新北市政府進行協商。請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

一、針對八仙樂園粉塵暴燃事件，除全台醫師外，醫師公會全聯會也付出很多心力，應給予同樣的掌聲。剛才大家點出很多問題，我並不反對通過本案，但針對新北市政府收到 12 億元捐款，應建請其充分用於醫療費用上，以免明後年我們又要擔心醫療費用不足，屆時又須調高保費。本案應多方考量，除向行政院申請第二預備金支應本次醫療費用外，總額也應預留日後發生事件時所需之費用。

二、剛才干委員文男提及，很多企業舉辦的活動具有危險性，以八仙粉塵暴燃事件為例，過去類似活動已舉辦過很多次，都沒問題，是今年才發生不幸。誰也不能保證未來所有活動都不會發生問題，因此，衛福部應該要求辦理活動之相關單位，必須有相對份量的保險與保額，以提供更多保障，避免再發生類似事件，且不要動用到提供民眾基本照護的健保資源。照理說健保是應該要幫忙，但不能所有醫療費用都由健保支應，因為健保也需謀求永續經營。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員芸蘋，請謝委員武吉。

謝委員武吉

一、回憶起去年高雄氣爆時，我曾兩次提案爭取預算。感謝當時各位委員對我及高屏地區的支持，同意以「其他預期政策改變及

調節非預期風險所需經費」項目支應相關費用，謹代表高屏區全體醫療人員，向各位說聲謝謝！

- 二、剛才蔡副署長淑鈴提到，已有 85%以上的傷患取得重大傷病卡，建議區分疾病嚴重程度，讓病患分別於合適的醫學中心、區域醫院或地區醫院治療。同時對於各層級收治的傷患，也應加以統計，包括各層級醫療費用與平均值等，這也是重要的一環，才能讓委員瞭解同一疾病為何在醫學中心治療費用較高，而地區醫院較低的原因。
- 三、此次八仙粉塵暴燃事件共有 42 家醫院收治傷患，遍及全台 22 個縣市，若依「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序規定，部分縣市絕對達不到，建議是否應改以全國一致，才較為公平。

鄭主任委員守夏

請蔡委員明忠。

蔡委員明忠

- 一、支持謝委員武吉的發言。若北部傷患南移至中南部治療，其醫療費用若未達動支標準，則對該地區點值造成影響該如何處理？因此，本項應列入專案整體處理。向大家報告，事發至今 28 天當中，醫師公會全聯會成立通報專線，下班後都轉接到我的手機。大家需了解病患及家屬心裡的想法，為何南部還有加護病房可以處理傷患，但他們不願意南移？這是很大的問題，原因是家屬心裡普遍都希望送往大醫院就醫，而不願南移。
- 二、為此全聯會才主張，事件初期需要「南護北上」，但穩定後一定要設法「北病南移」。燒燙傷的後續處理較為簡單，治療費用可能沒有急性期那麼高，因此建議應設立專款，整體統籌處理所有案件，不能再由分區各自處理。坦白講，中南部院所接手照顧這些個案，點值一定會受到衝擊。
- 三、謝委員天仁剛才提到分季支付，我認為在醫療院所都已如實申

報的情形下，千萬別讓他們再承擔點值打折。該給的就按照程序支付，相信這次事件的醫療費用，每家醫院一定是據實申報，沒人敢虛報浮報。在這種情形下，醫界也很擔心發生排擠效應。建議健保署在費用處理上，該何時給就何時給，不要拖欠。

鄭主任委員守夏

請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

- 一、代表學界感謝這次醫療院所的努力，有人批評台北地區病床不夠，但我認為，無人知道塵爆會發生在何處，不可能預設足夠的病床。對這次醫療院所的整體表現，給予高度肯定，政府及衛福部也很辛苦，一定要代表學界，謝謝大家的努力。
- 二、在此提醒，這些燒燙傷患者的醫療費用不能用過去 10 年的資料推估，因為會低估。單純的燒燙傷可能沒有呼吸道灼傷，或吸入大量玉米粉塵的情形，粉塵可能有細菌或黴菌，傷害將比之前沒有粉塵因素、單純火災造成的燙傷更為複雜，在此提醒，所以建議估計費用時須再估高一些。
- 三、這次受傷的絕大多數是年輕人，相較於疾病較多的老人，年輕人平時醫療費用較低，因此這次粉塵暴燃造成傷害的費用，應該比較容易分開計算清楚。個人認為醫療費用應可從分區總額裡切出另外觀察。拜託健保署對不同醫院所照顧個案的 outcome(成果)進行比較。平心而論，比較嚴重的個案留在醫學中心的時間會較久，費用自然比地區醫院來得高，相信謝委員武吉也會同意這個看法，他認為會有差別，但我認為有差異還算合理。至於有無重大差異或異常，就拜託健保署注意。另外切出來觀察，也許是可行的作法。
- 四、資料按季公布有點慢，理論上按月較好，可讓社會大眾瞭解每個月照顧傷患花費多少錢。一定要強調，這些都是年輕人，本來活蹦亂跳較不會就醫，這部分的費用相對容易計算。如果新

北市政府有 12 億元捐款，應請其按月歸還健保署代墊的費用。

鄭主任委員守夏

謝謝吳委員肖琪，請陳委員聽安。

陳委員聽安

- 一、對這次八仙樂園塵爆事件中，醫療團體、健保署及各相關單位的努力，表示敬佩。但我認為責任還是要釐清，對於代位求償，個人不表樂觀，雖然健保署很努力，但八仙樂園負責人早已脫產。剛才健保署報告，代位求償最多 5 千萬元，即使求償成功，與醫療費用也相差甚遠。
- 二、就本案來說，在醫院總額之外，雖有「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，但此項經費已有部分預算動支於其他用途了。就健保署估計資料，7~8 月醫療費用推估約 2.5~4 億元來看，平均每月需要 3 億元左右。雖然我同意本案，但本案之預算需求大，即使動用這筆特定預算也還不夠，所以特別籲請大家注意這個問題。

鄭主任委員守夏

謝謝陳委員聽安，請楊委員漢涙。

楊委員漢涙

- 一、感謝各位委員對醫院同仁的鼓勵！通常粉塵或氣體的燒傷，會產生兩種主要嚴重的情況，一是直接燒傷皮膚，另一則是吸入性呼吸道灼傷，其傷害不亞於皮膚燒傷，也會造成生命喪失。本議題應該分為兩部分處理，提案內容若無人反對，就應通過；但我擔心因為燒傷 50% 以上的病患很多，治療期相當長，恐怕 5 年都治療不完。現在大家只關注急性期的處理，但後續的皮膚處理及復健，醫療費用很高，而且時間相當長。不管是急性期或後期的植皮、復健或心理治療，因為需要專門的人才及設備，並不是每家醫院都能提供照護。所以不是病人不願轉

院，恐怕連醫院也沒信心收治此類病人。

二、目前醫院是傾全力搶救病人使其脫離死亡，就如剛才黃署長三桂的報告，目前死傷率比預期的低，其實是許多醫院費盡人力、藥品及材料投入搶救的結果。所以我認為醫療費用應該專案處理，而非併入總額中計算點值。否則，對那些處理傷患的醫院而言，忙了半天，光是一次的傷口清創換藥，就要動員差不多 10 名醫護人員，病人也很痛苦，這種情形下，點值只有 0.8 或 0.9，恰當嗎？政府已宣稱對本次事件專案處理，經費也受到各界關心，包括民眾大量捐款、新北市政府將向廠商索賠、行政院也將以第二預備金支應，我認為對於經費處理及後續治療必須要有長期規劃。

三、現在所談的都是目前的處理及費用，費用只支付到今年底，那明年怎麼辦？還有一些病人到明年絕對不可能出院，屆時還要再討論一次嗎？我認為，本次事件之醫療費用應以專案方式處理，不要再分區、分醫院，否則於事無補。

四、我認為統計公布每月花費的醫療費用，可讓民眾關心重視此事，但對醫療體系而言，治療的工作還要一段很長的時間，實務上，請健保署專案處理醫療費用反而更重要，本項建議請委員考量。

鄭主任委員守夏

一、謝謝楊委員漢涙。本案符合「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支標準，因此，委員意見相當一致，本案決議通過。

二、考量收治病患的醫院分布達 13 個縣市，非僅限於個別地區，因此，請健保署比照本次會議之專案報告方式，於下個月針對預算的撥款方式、支用期程提出明確作法，並說明與新北市政府的協商情形。若日後還有大量經費需求，仍會影響總額，屆時就須另行處理，甚至明年總額也應預作考量。委員所提意見都很好，請健保署一併考量，於下個月報告後續作法，以便委

員明瞭，並再提供意見。實務上可行之做法，請健保署再與醫院商量。

三、所有發言委員，除感謝醫界努力外，也誠心希望醫院對第一線工作人員的薪資、福利等，能儘量照顧，因為他們真的很辛苦。希望第一線的醫護人員能真實感受本會的善意。

干委員文男

希望本案以專案處理，建立對人數及受害程度別進行分析的model(模式)，瞭解平均治療費用，將來建置完整資料庫，相關經驗作為日後參考。

鄭主任委員守夏

委員之建議請健保署參考。本案討論到此，請同仁宣讀討論事項第二案。

肆、討論事項第二案「關於現今藥品各醫療院所實際採購價格及藥品健保給付價格，資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨惡化，嚴重影響到全民健康保險之藥品費用，應立即公布各層級醫療院所之藥價差金額案」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請各位委員參閱補充資料，本案在上次委員會議時決議，交付各方委員代表組成專案小組討論，請召集人何委員語協助說明，也請委員參閱補充資料第一項的專案小組會議紀錄。

何委員語

建議先請幕僚人員宣讀後，我再簡要說明會議結論，供大家參考。

鄭主任委員守夏

請宣讀結論部分。

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

請何委員語。

何委員語

一、請委員參閱兩份自由取閱之參考資料，為台灣製藥工業同業公會、中華民國學名藥協會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國西藥代理商業同業公會及台北市西藥代理商業同業公會的來函。此次接受專案小組召集人任務後，旋即拜訪基層醫療院所醫師、藥師、製藥業者及公會前理事長。李委員蜀平代表藥界殆無疑義，但在訪問過程中，這些人員卻是反對公開藥價差，我在專案小組會議中已清楚說明。

二、就如結論第四點，訪談過程中，業界建議資訊公開應避免藥品相關產銷結構或機制受到影響或破壞。他們所提意見與今天的來函內容一致，只是來函措辭上較為保守，表示應有完整配套

措施後始得實施，且相關議題九大藥協並未有共識，來函內容請委員參考。

三、會議補充資料已將 7 月 20 日當天的會議結論及與會人員發言意見提供全體委員參考，至於公開方式之建議已納入結論中，在此感謝當天所有出席的委員。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語。我看過專案小組的會議紀錄及發言摘要，某些部分很有共識，某些部分不是非常有共識，請問當天出席的委員有沒有補充說明？請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、感謝何委員語願意承擔專案小組會議主席，何委員態度溫柔、處理事情快、狠、準，令我佩服得五體投地。我在昨天下午 3 點收到這兩份來函，西藥代理商及台灣製藥工業三會，不同意公布藥價差的公文，我認為他們有受到壓力。因為我邀請九大公協會在 7 月 3 日中午召開有關藥價差及健保政策的會議。有來函的公協會理事長，有多位沒參加，如台灣製藥工業同業公會，只有中華民國學名藥協會參加，現任西藥代理商公會理事長也只有翁源水理事長出席，並在簡短發言後即離開。因此收到這些來函，如果有受管理單位施壓，會令我感到心寒。

二、我希望本案能在體制內處理。在上次 6 年 1 次的全國藥政會議上，九大公協沒有人敢發言，但在會前會溝通時，大家發言砲火猛烈、群情激憤，比八仙塵爆還嚴重。但到了現場開會卻沒人敢講，只有我發言，結果之後主辦單位兩次會議都不再通知我參加，真是情何以堪？我不是要來搗亂，只是要求藥價差及整體醫療合理化，讓台灣藥業能夠生存。昨天的生物科技展，全世界對台灣未來的生技投資有高度倚重，若不好好珍惜製藥生技發展，未來台灣經濟會非常悲哀。本次會議我提供一份資料，請大家參考。這是之前監察院請我前往說明 PIC/S(國際醫藥品稽查協約組織，全名為 Pharmaceutical Inspection

Convention and Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme) 相關的八項議題所準備的資料，當時同行還有知名製藥業廠的總廠長、理事長及教授等。

三、我不是來找碴，而是希望委員了解從 86 年至今的藥價差，是一個非常可怕的惡性循環。感謝何委員語針對重點，清楚點出藥界的困難，並明快做成結論。我不是來找麻煩，而且本案已提出 3 次，希望體制內設法解決，即使讓外界誤會，滿腹委屈我也甘願。我並沒有要求公佈每家廠商的藥價差，而是公開各層級院所的藥價差及總金額，以及藥價差占健保總額百分比的數據。希望能在體制內處理，否則，我一定會在體制外採取行動設法解決。

鄭主任委員守夏

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、我被指派以被保險人代表身分參與專案小組會議，總是要盡責，若不發言，感覺有失職守。會議上聽到不公開的原因，都是怕有負面影響。但我以過去在費協會、監理會時代的例子做說明，剛開始，大家將委員發言內容的公開，視為洪水猛獸怕得要死，想像公開後，生命會受到威脅，結果現在大家都活得好好的。其實在二代健保實施之前的費協會時代，健保署就曾經公布過各層級醫療院所的藥價差百分比，與現在所看到的資料相差不大。而今年 4 月間，健保署的專題報告也已呈現百分比資料。其實在不知不覺中已經公布這些資訊了，而大家也都很安全，依然健在，沒有任何負面的問題。

二、專案小組最後的結論，仍然是以各層級醫療院所為類別公開藥價差的百分比及金額，與過去公開的資訊一樣。我認為公開不會有太大的問題，一個石頭丟到水裡，或許還會有水波，本項資料公開應該毫無影響，看不到任何漣漪。所以，懇求各位，專案小組成員已經非常用心討論並做成結論，初期的要求很

低，只是將過去已公布的資料再次公開，並逐年公布而已。希望大家對專案小組完成的結論，給予尊重，也讓李委員蜀平不要再提案了，如果以後還是這樣頻繁提案，李委員提案數就會居冠，這樣大家會感到很不好意思，不知道該怎麼辦才好？
(委員一陣笑聲)

鄭主任委員守夏

請問委員有無不同的意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案既然專案小組已做出結論，我們就尊重專案小組的意見，不要再討論了。

鄭主任委員守夏

一、本會儘量尊重專案小組的意見，不過剛剛健保署問到會議結論實際應如何執行的問題？例如：

(一)小組會議共有五點結論，並就會議進行的氛圍做了說明與描述，其中委員對以各層級醫療院所及藥局為類別，定期公開年度藥價差之百分比有共識，但對於要不要公開金額似乎不明確。

(二)對五點結論中的第四點「資訊公開應避免藥品相關產銷結構或機制受到影響或破壞」，健保署也不知道應該如何執行，公布後如果有不好的影響時，責任應如何歸屬？

二、如果委員沒有不同意見，建議照結論辦理。結論明確建議公開各層級醫療院所(醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所)及藥局的藥價差百分比。此外，配合每年辦理的藥價調查，每年公開一次年度藥價差資料。正如李委員蜀平一直強調的，重點在於觀察藥價差的趨勢變化，是每年愈來愈縮小？還是愈來愈惡化？看來專案小組對例行性公開藥價差百分比很有共識，況且這些資料早已公開過了，請問委員有沒有反對意見？請潘委員延健。

潘委員延健

- 一、我也是專案小組的成員，會議那天已達成初步的共識，醫界基於本會監理權責，而同意公布過去已公開的藥價差資訊。
- 二、對於李委員蜀平在提案說明一所描述的公開原因，身為醫療提供者之一分子，必須在此正式提出反駁。並非如提案說明，是因為藥價差造成以藥養醫、開藥浮濫及「藥價黑洞」等問題，才非得公開資訊不可。對此不正確的觀點，醫事服務提供者必須嚴正澄清。
- 三、至於藥價如何公開、公開形式等操作面細節，建議應再做全盤的討論。

鄭主任委員守夏

謝謝潘委員延健。請張委員煥禎。

張委員煥禎

- 一、支持潘委員延健的意見。此外，也須考慮藥價合理化的問題。這一期天下雜誌報導，台灣一顆藥的價格比一顆糖果還便宜，這樣的藥還可以吃嗎？前幾天遇到前任的署長，他也憂心忡忡地提到藥價應該合理化，他知道天下雜誌要出這一期的專刊，因為我還在健保會擔任委員，他要我們醫界和健保署共同努力使藥價合理化。如果只重視藥品的價格，將全盤皆輸，無論藥廠、醫師、藥師及民眾都是輸家，最大的輸家是民眾。
- 二、本次八仙塵爆事件，大家都肯定且稱讚醫院的付出，殊不知醫療院所撐得多辛苦，像這次塵爆事件，還可以撐住為大家付出，但如果有一天，醫療院所真的都無法付出時，這該怎麼辦？這次事件，還有部分民眾責怪醫療院所，耗費了 5 個小時才把病患都安排妥當，不如鄰近新加坡的醫療效率。老實講，如果是發生在美國不知要花多少錢？
- 三、因此，附帶建請健保署應重新檢討，好讓藥價合理化。在藥價不合理的時候，這些 10%、20% 的藥價差，反而是在挽救醫院，讓醫院有機會喘息，得以維持其整體營運，況且可以減少

健保藥價支出。這些議題是相互連動的，附帶建議不要只強調藥價差的公開，應重新考量如何讓藥價合理化。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

本案已交付專案小組討論過，再提到本會報告，當天出席委員並沒有保留發言權，應尊重小組結論，今天不要浪費時間再談，建議本案通過。

鄭主任委員守夏

好！如果大家沒有特別意見...，請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、主席！專案小組的結論與您剛才所作的決議不同，依專案小組的結論，不但要每年公布一次藥價差百分比，而且還要公布藥價差的金額。專案小組會議甚至有委員建議每一季公布一次，於體制內處理公開事宜。專案小組會議的結論很明確，紀錄很清楚。

二、另外，剛剛張委員煥禎也提到醫院是用藥費來彌補其他的不足。懇請主席尊重何委員語在專案小組所作的決議，每季在體制內處理，並訂定解決的方法，針對本案，我已提案 3 次，希望不要再呼籲一下就過去了，我很堅持在體制內處理，因為若要在體制外處理，真的會很難看，...。

干委員文男

主席！上次專案會議紀錄寫得很清楚，與會人員所有的意見都寫在紀錄裏面了，他對結論沒有疑義後，也沒有保留發言權，如果大家附議小組的結論，就不需要再重新 run(討論)了。

李委員蜀平

請給我最後兩分鐘，我們會邀請九大公協製藥同業公會及付費者代表一起開會，如果說不是以藥養醫，我可以提出最少 10 個藥價差

的數據來證明，若資料有不實，個人願負法律責任，希望健保署所公開的數據應該要非常正確，例如健保署所提的資料，地區醫院及藥局的藥價差占 30% 之多，這是不可能的事。此外，若不是浮濫用藥，為什麼實施雲端藥歷計畫後可以省 58 億元呢？大家都心知肚明，進行體制內的改革，就要有相關配套，改天再向委員專案報告。

鄭主任委員守夏

如果大家沒有特別意見...，請何委員語。

何委員語

一、專案小組第一項結論中，建議定期公開年度藥價差百分比及金額，白紙黑字寫的是「年度」，而非「每季」。所以建議從現在起，每年公布藥價差相關資料。至於未來是否調整為「每季」，再由委員會議決定。

二、專案小組會議結束後，曾詢問李委員蜀平一再提案的目的，九大公協會也有同樣的疑惑，所以，我很樂於與九大公協會公開見個面共同討論。

三、實際上，藥費合理化與藥價差是兩項不同的議題，兩者不能混為一談，以上補充說明。

鄭主任委員守夏

請張委員煥禎。

張委員煥禎

一、對不起！因為剛剛有人提到我的名字，且本會是逐字紀錄，所以必須說明，我的意思是強調藥費利潤應該合理化，而非藥價差。

二、另外，針對胡亂用藥說法，提出抗議！全世界各國的爭審案件，可能都會有百分之零點幾用藥不合理的現象存在，但就說是浮濫用藥，是不實的指控，請健保署應就審核藥價及用藥情形清楚向委員報告，而非單憑片面之詞，就說用藥浮濫。

鄭主任委員守夏

依專案小組會議討論的結論，本會原則尊重這 5 點結論，大家應該沒有反對的意見。謝委員武吉如果有不同意見，請提出說明。

謝委員武吉

一、會議補充資料第 32 頁，各層級院所藥價差調查申報資料，我認為統計有真有假，並非完全準確，剛才李委員蜀平提到，基層及藥局有超過 30% 的藥價差？這是不可能的，也不符合實際。

二、今天會產生藥價差的問題，在於健保實施單一藥價基準，其實健保法並沒有規定要採單一藥價基準，建議應改為多重藥價基準方式處理。聽說過，某一大藥商，將市價 6.8 元的藥品，只以 4 毛賣給某兩家醫學中心，但賣給其他人又是比較貴的價錢，這是不是一種圖利行為呢？如果實施多重藥價基準，可以從雲端藥歷檔中現行追蹤的項目或挑選一些常用項目優先實施，這樣的措施比較完整，也能避免李委員蜀平每天要追殺這個問題。

干委員文男

主席！權宜問題，原來參加專案小組會議的委員，既然在小組會議已達成共識，同意會議結論，就不應該於本次會議再提出意見，沒有參加專案會議的委員若覺得決議不妥，可以提出修正意見，否則永遠談不完。

鄭主任委員守夏

請黃委員啟嘉，並請盡量簡短說明。

黃委員啟嘉

專案小組會議所做的決議，我們當然支持，不過原提案說明一的內容應予保留，因為描述的現象與事實並不吻合。

鄭主任委員守夏

一、上次討論這個案子已超過 1 個小時，所以才決議由各方代表組

成專案小組討論，何委員語很認真地邀集大家討論，好不容易凝聚共識，建議我們就依這 5 點共識做結論。

- 二、第一點請健保署在體制內規劃公開藥價差資料，並以各層級醫療院所(醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所)及藥局為類別，定期公開年度藥價差之百分比及金額，這是最重要的結論，請健保署依照這個結論辦理。
- 三、至於健保署應該在什麼時候提出資料，本會給健保署多少時間？因為健保署必須依照第五點共識「請健保署持續蒐集各層級醫療院所、藥局及藥業九大公協會等相關團體之意見，供委員會議討論之參考」辦理，因此需給予健保署作業時間。
- 四、既要請健保署蒐集藥界九大公協會的意見，他們當然可以表示意見，考量可使用什麼方式，才能達到共識第四點「資訊公開避免藥品相關產銷結構或機制受到影響或破壞」，所以，請問委員應給健保署多少時間？

謝委員天仁

3 個月。

鄭主任委員守夏

10 月份我們還在總額協商(部分委員回答：9 月總額協商已結束)。

鄭主任委員守夏

- 一、10 月尚有地區預算的協定事項待處理，建議健保署於 11 月提出資料，最晚不超過 12 月，完全依照這 5 點來做(委員一致同意)。本案就此結束。
- 二、請問大家有沒有閱讀最新一期的天下雜誌？這是一篇非常好的報導，個人僅分享一點心得，之所以有藥價差，重點在於藥品的品質差異大，所以各個不同廠牌和醫院之間，才會談出不同的價格；其次是惡性競爭，賣這兩家和其他 20 家醫院不同價錢，甚至低於成本，就是惡性競爭。公布藥價差只是手段，真正的努力目標是縮小藥價差。光是公布藥價差沒有用，公布之

後應有配套措施。有沒有可能像榮總醫院林芳郁院長所言，以藥品品質為首要要求，只要所有藥品的品質都接近要求，藥價差自然縮減，這樣才能真正保護所有的病人。請健保署考量將這些改善重點納入配套措施。本案就討論到此。

干委員文男

可不可以做到？要請問健保署，否則到時健保署兩手一攤，說這是你們規定的啊！他們做不到，這樣也沒有用。

鄭主任委員守夏

所以就是要請健保署 11 月或 12 月底儘量提出配套方案。

干委員文男

只是先提醒，以免健保署 12 月底前提不出來。

鄭主任委員守夏

請健保署盡量於 11 月，最慢到 12 月底前提出。可以嗎？

黃署長三桂

可以。

鄭主任委員守夏

請李委員蜀平。

李委員蜀平

一、不好意思，本人提出藥價差的案子，除了請制定合理藥價差以外，也是希望大家重視因藥價差引起的副作用，會影響健保制度的問題，也期待整個健保醫療健全，尊重醫療的專業，使他們可以得到應有的報酬，才不會造成五大皆空。希望以此問題，引發大家思考如何改善台灣的健保及醫療制度，因為所有委員掌管將近 6,000 億元總額預算，為民眾健康把關，任務重大。

二、藥品的惡性競爭是制度不健全的問題，請看我們最近提供給監察院，此次委員參考的資料，該資料顯示，原本台灣有 500 多

家藥廠，現在只剩下 107 家，其中有將近 40 間 PIC/S 廠也面臨經營困難的危機，廠商因藥價差在售價上惡性競爭，我不能再講了，否則可能又要被人修理了...。

于委員文男

拜託李委員蜀平不要再講了，否則我一再制止，就很不好看。

鄭主任委員守夏

本案就請健保署 11 月或最晚 12 月底前，提出完整的方案。

鄭主任委員守夏

接下來進行討論事項第三案，請同仁宣讀。

伍、討論事項第三案「增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 5 條條文(草案)」與會人員發言實錄

同仁宣讀

鄭主任委員守夏

謝謝同仁宣讀，我手邊有一份滕委員西華等委員所提的臨時提案，好像希望與本案併案討論是嗎？請滕委員西華先徵詢一下委員意見，再決定是否將臨時提案併本案一起討論。

滕委員西華

現在時間有點晚，因為兩案都是在討論健保相關辦法之修正，才希望將臨時提案併到第 3 案一起討論，其次，考量衛福部在 104 年 7 月 21 日於行政院公報刊登預告修正之「全民健康保險法施行細則」部分條文草案，其中刪除施行細則第 45 條與健保財務有關，必須在 7 天內表示意見，否則就會正式公告生效。因為後面還有很多的臨時提案，才會建議併案討論，為了加速會議的進行，建議本案先行通過後，請本會幕僚行文社保司，要求這一條先暫緩修正，下次會議再對施行細則第 45 條條文修訂做討論。

鄭主任委員守夏

其實兩個辦法並不一樣，抱歉，必須先討論完第三案後，再看臨時提案內容是否符合緊急情況，有沒有必要優先處理。請健保署說明本案修正的重點。

施組長如亮

請翻開會議資料第 48 頁，本案之修訂對本辦法沒有太大影響，修正條文係依國家發展委員會之建議，增列第三款：說明會得結合網際網路參與方式進行。

鄭主任委員守夏

本案非常單純，應該沒有問題(委員均表同意)，本案通過。

陸、臨時提案第一案「關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床率較低醫院，進行整合」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

依往例，在專案報告前，會先處理緊急、具時效性的臨時動議，目前有 3 個臨時案，第一案：健保署所提有關「民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍」；第二案：由謝委員天仁及何委員語提案之「關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床較低醫院，進行整合案」；第三案：由滕委員西華等 25 位委員所提「請健保署暫緩修正『全民健康保險法施行細則』第 45 條條文」案，請問各提案人，有無認為自己之提案具時效性，須先討論？請謝委員天仁。

謝委員天仁

抱歉！等一下必須先離開，「關於八仙塵爆住院，排擠其他病患，請速整合其他佔床較低醫院，進行整合案」是現在進行中的社會重大事件，請委員同意先審議。

鄭主任委員守夏

請問有無反對意見？未有委員反對，先討論八仙塵爆住院病床使用案，請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、就我所知，衛福部好像也在做相關的檢討，八仙塵爆病患很多，可能會排擠到其他病患的醫療資源，媒體跑馬燈經常顯示，很多醫院急診作業受到很大的影響，本案係希望醫療可以發揮最大的作用。例如地區醫院及區域醫院的占床率，通常不會滿床，若這些病患經專業評估，病患病情穩定、可以移動的狀況下，是否可以做相關整合，使醫學中心和區域醫院發揮較大能量，從事健保相關的服務，相關內容請見本案說明。

二、另外，之前健保已推動垂直整合分級醫療計畫，總額也編列預算支應，若能啟動垂直整合的機制，充分運用健保相關病床，

有助於提升醫療的效率，所以特別提出此案。

鄭主任委員守夏

本案用意非常好，現在已有的整合方案不知是否可以馬上適用？就我所知，個別醫院都有在進行相關的照護整合，只是不知道醫院是否需要健保署或衛福部提供什麼協助？比如跨區服務、南物北送或配合修法等事項。先請黃委員啟嘉，再請健保署說明。

黃委員啟嘉

支持謝委員天仁的提案，剛剛我與蔡委員明忠討論，病人大多喜歡往大醫院看病，站在醫療有效運用的立場，不見得大醫院就是最好的選擇，而且也不切實際，請主管機關研擬具體有效的方法，並積極向民眾宣導，不要一味地去台大、榮總等大醫院，另外，為緩和醫病關係，因為醫師的話民眾不一定會聽，希望主管機關提供協助，並成為醫界的依靠，讓我們能共同做正確的事情。

鄭主任委員守夏

請問其他委員有無意見？先請健保署說明。

李副組長純馥

一、謝謝委員關心本案，其實在八仙塵爆案發生後，衛福部已經開始啟動 EOC(緊急醫療應變中心，Emergency Operation Center)，做跨區域資源整合及協助醫療院所急診或加護病房等轉診之調度。此外，衛福部立即於 6 月 28 日發布新聞稿，說明收治的醫療院所有哪些，並呼籲民眾如無急症需求，盡量不前往收治塵爆傷患之各縣市大醫院急診。自從八仙塵爆事件發生後，本署每日都會統計醫學中心、區域醫院及地區醫院的急診量，並觀察各層級醫院急診的變化。本署在臨時提案所提供之說明資料顯示，過去每日急診平均案件數約為 6,000 多件，6 月 28 日之後，急診量比平時少，尤其 7 月 5 日禮拜天更明顯，而且減少的都是收治八仙塵爆病患的醫院。相關的提醒，民眾真的有聽到，但或許也顯示過去有些到急診求診的病患，

其實病情不是真的那麼緊急。

- 二、衛福部啟動 EOC 後，確實有協助病患成功轉診至中、南部醫療院所，主要原因是這些病患是從中、南部上來八仙樂園遊玩，他們也想回到當地的醫療院所就醫。EOC 進行轉介，須考量病患的病情，有些病情太過嚴重，確實不宜移動，此外，也須考量家屬的意願，否則會有照護上的問題。有位個案，雖然家住台北，但因為台北病床吃緊，家屬願意轉至台中的燒傷病房治療；不過，也有不同案例，例如第一個死亡個案的弟弟，原來在汐止國泰醫治，但家屬希望能轉到台大或榮民總醫院，透過 EOC 協調，後來轉到榮民總醫院。EOC 會考量各種實際狀況來轉診，家屬的意願很重要，因為台灣沒有強制下轉的機制。
- 三、有些醫療院所收治許多急重症的病人，原先設置的燒燙傷病房並不足夠，因此部分醫院將一般病房改成燒傷病房之設備，並裝置無菌設施，醫護人力也配合調整，這些醫院向本署申請核備後，本署即調高其病房費、診察費及護理費，讓收治病患的醫院符合一定的配備及人力標準，醫護人力才不致過勞。
- 四、針對病患後續所需的心理及功能重建，本署也配合啟動 PAC(Post-acute Care)計畫(急性後期整合照護試辦計畫)。感謝各界的關切及協助，包括 NGO (Non-governmental organization，非政府組織)的投入，陽光基金會接受台積電的捐助，提供壓力衣，各界的協助對事件的處理，幫助很大。
- 五、為減緩收治塵爆病患醫院的壓力，本署每天都會公布住、出院的收治醫院的情形，讓各界了解各醫院的收治狀況，使醫療資源有效的運用。

鄭主任委員守夏

請委員翻開本案後面健保署說明的第四點，健保署原本即有急性後期整合照護試辦計畫，但為因應八仙塵爆事件，健保署很快研議「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，目前已開過第 1 次專家諮詢

詢會議，這個比較符合謝委員天仁及何委員語的期望，以健保署的力量提供誘因，促使醫院垂直整合，原來規劃之 PAC (急性後期醫療照護模式)就是希望達到這個目的，是否請健保署加速進行。如果大家同意，本案就這樣通過。請滕委員西華。

滕委員西華

- 一、本案的立意良好，誠如李副組長純馥提到的問題，轉診涉及病人及家屬的意願，就長期與病人一起工作的經驗，了解其不願意下轉的原因，主要是多數的病人及家屬並不清楚下轉的醫療體系，對其疾病的照護能力如何，所以需要有人加以耐心說明。我國 300 多張燒傷病床，分布全國各地，如果病患全部集中在台北市或北區的醫學中心，醫院可能會沒有燒燙傷病房或醫療團隊可提供照護，在這些醫院就醫，得到的照顧不見得比在其他區的燒燙傷病房好。許多醫院的醫療團隊包括 PT(Physiotherapist，物理治療師)或 OT(Occupational Therapist，職能治療師)也擔心他們有沒有足夠能力照顧這些燒燙傷病患。
- 二、其實病患應該在居住地就近接受重建，才能降低成本。但部分病人及家屬若是因為沒有得到正確訊息，讓大家以為他們不願意轉診，硬要待在某些層級的醫院，造成社會上負面影響，有點遺憾。請健保署及醫療團隊多花一點時間及心思，協助轉診說明並提供正確的資訊，以增加民眾對轉診的信心。

鄭主任委員守夏

試辦計畫內容還會再跟相關的醫界與團體開會，請健保署將滕委員西華的建議納入考量，請楊委員麗珠。

楊委員麗珠

- 一、我有親身參與八仙塵爆醫療的運作，長庚林口分院原有 24 張燒燙傷病床，事件當天即把原有病患移至整型外科病房，並擴增了 3 個燒燙傷單位，將整型外科病房及整型外科加護病房改為燒燙傷病房。第一、二週急性期，首要在於維持病患的生

命，需用到呼吸器，並注意傷口的感染問題，因此請感染科醫師加入照護團隊；接著是傷口照護問題，半年後，當傷口照護好會開始長疤痕，屆時的復建工作，並不是現有的一般復健人員可以勝任，需有整型外科醫療人員、傷口照護復健專業人員加入團隊，與一般的復健不太一樣。

二、我們的醫院有 PAC 計畫，也詢問團隊內的地區醫院，有沒有意願接受這些病人，讓他們能返鄉。不過為了照護這些病人，相關人員包括護理、復健人員，須再施予訓練。如同事故剛發生時一下收置 46 位病人，我們醫院人手不夠，因此換藥小組中，就有很多是之前本院具有照顧燒燙傷病患經驗的離職人員，每週返院幫忙一、兩天(因為光是 1 位病人下肢的換藥，就要有 4 個人員一同處理)，塵爆病患後續的醫療照護，尚須動員相當多醫護人力。目前的確出現排擠到整型外科、骨科、耳鼻喉科等開刀的現象。

三、病人及家屬的信心很重要，李副組長純馥非常清楚，在此過程中，縱然有 EOC 協助轉診調度，但仍有少數的病人及家屬沒辦法接受 EOC 的安排，斷然自行出院求醫。我們醫院也有 3 個個案，沒給任何通知就直接來院求治，病人一旦前來求診，醫院能不收嗎？還是要收，不然外面會說長庚醫院不收病人，我們擔不起這樣的責任。此次有賴健保署每天持續幫忙協調相關事宜。

四、我非常同意滕委員西華的看法，家屬是否能真正接受病情很重要，因為未來還有很長的路要走，至少 2、3 年間，都還很需要傷口照護、疤痕處理及心理支持的醫療專業人員，以幫忙這些年輕的孩子，他們原來都長的很帥、很漂亮，但現在完全走樣了，因此我支持本項提案。

鄭主任委員守夏

如果沒有不同意見，本案就討論到此。

謝委員武吉

非常感佩謝委員天仁、何委員語兩位委員，他們很有遠見。除了現階段的照護外，兩位委員很早就看到以後的問題，像是醫療體系需要的垂直整合及分級醫療制度。要怎麼做，才能真正下轉到地區醫院。若接受轉診的醫院或家屬及病人缺乏意願，大家可以設法加強輔導。我贊同也非常敬佩兩位提案委員的高瞻遠矚，先知者不會寂寞。

鄭主任委員守夏

謝謝謝委員武吉，請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

建議可提供誘因，要落實本案，對有意願下轉的病人，能否給予具有差異化的補償，例如經濟上的補助，提供家屬照顧費用或交通費補助等。因為願意接受資源分配與安排，從醫學中心下轉的病人，值得給予實質的鼓勵，若有誘因，將更有助於落實轉診。

鄭主任委員守夏

- 一、可以向新北市提出建議，對於願意接受轉至中南部治療者，考慮自捐款中提撥部分金額做為誘因，也請健保署納入考量或轉達。
- 二、本案就通過，並請健保署依「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，盡快辦理後續事宜。

柒、臨時提案第二案「針對衛生福利部於104年7月21日於行政院公報刊登預告修正『全民健康保險法施行細則』之部分條文修正草案，其中預告版本欲刪除施行細則第45條。此案涉及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保單位之權利均有影響，本會基於權責，應立即向衛福部要求暫緩修正」與會人員發言實錄

鄭主任委員守夏

尚有 2 個臨時提案，本案多達 25 位委員連署，建議先討論(未有委員表示反對意見)。請提案委員滕委員西華說明。

滕委員西華

一、謝謝主席，本案與健保署在例行報告第三案提及的內容相關，剛剛才知道行政院公報已在 7 月 21 日預告修正「全民健康保險法施行細則」之部分條文修正草案，可惜本會今日會議並無任何議案討論此修法案。雖然知道主計總處與衛福部對於「核算全民健康保險法規定政府負擔 36% 見解不同案」一直盡力協調，但因為衛福部已逕行預告修正草案，預告前也沒有洽詢本會意見，且本會委員認為此修正案中刪除第 45 條部分，涉及健保法第 5 條，應屬本會權責之一，若未經好好討論，將來可能會直接影響 75 萬個投保單位，以及被保險人負擔保費之金額及比例。

二、本會委員並非全然反對修訂「健保法施行細則第 45 條」或「健保法規定政府應負擔保險總經費 36%」的內涵，而是認為這些問題應該要在本會好好討論。健保會也有政府代表，建議透過本會，立即向衛福部提出暫緩公告「刪除健保法施行細則第 45 條」之建議。如果本次會議資料足夠，就在本次會議討論，若資料不足，則建議於下次委員會議，請幕僚彙整相關資訊後，再行討論。

三、與本案有關的公告內容詳提案附件(全民健康保險法施行細則部分條文修正草案條文對照表第 2 頁)，其中預告版本欲刪除施行細則第 45 條，該第 45 條條文將健保法(第 3 條)規定政府

應負擔保險總經費 36%之計列範圍，定義為：「政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費」。若刪除施行細則第 45 條條文，則本次業務執行報告第 5 頁所列之 9 項政府實質負擔保險費(註)，就可全數納入政府負擔 36% 計算。委員認為此影響層面很廣，所以才提案建議衛福部先暫緩刪除健保法施行細則第 45 條之預告案。今天是 7 月 24 日，依衛福部之預告，若有意見，須在公告隔日起 7 天內表示意見，所以本案需在 7 月 28 日前表示意見，否則預告案就會正式公告實施。

[註：9 項政府實質負擔保險費項目，包含：1.原住民健保費、2.65 歲以上離島地區居民健保費、3.70 歲以上中低收入老人健保費、4.中低收入戶未滿 18 歲兒少健保費、5.中低收入戶健保費、6.中重度身心障礙者健保費、7.失業被保險人及其眷屬健保費(僅包含中央政府補助 10% 之部分)、8.受僱者(勞工身份)保險費育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費、9.經濟弱勢者健保費]

鄭主任委員守夏

先請問所有連署委員，是否都支持針對「刪除健保法施行細則 45 條」，向衛福部表達暫緩修正的立場？因為該預告草案內容不只這部分，還有其他條文修正。

陳委員聽安

我是連署人之一，對本提案表示贊同，也想進一步了解相關訊息。

一、首先，衛福部本項修正預告，涉及變更全民健康保險法施行細則，居然未提到本會討論，我感到非常驚訝，所以就加入連署。

二、尚需瞭解衛福部要刪除這一條的用意何在？是否與核算政府應負擔保險總經費 36% 之間題有關？或者隱含其他意義？建請衛福部先予說明。

三、如果只是為了政府應負擔保險總經費 36% 的內涵，我建議應通

盤檢討，不明白到底健保法中規定政府應負擔保險總經費 36% 之計算，分母包含了哪些項目？與衛福部擬更改之計算方式差異如何？更重要的是，其牽涉到採事前或事後估算概念，政府 36% 的負擔，是事前以精算結果之醫療支出的百分比來計算？或是等到年度終了，算出年度保險經費後，再據以計算？因為事前預估與事後實際算出的負擔，一定會有差異。

四、綜上，建議針對政府負擔保險總經費 36% 之計算應通盤檢討。

鄭主任委員守夏

稍後請主責單位衛福部之代表曲委員同光說明，先請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

- 一、同意陳委員聽安所提，簡單表達意見。不太了解為何要刪除健保法施行細則第 45 條，若是為政府負擔保險總經費 36% 之計算而做修改，則認為應該要好好討論計算方式。
- 二、建議衛福部要刪除健保法或施行細則任何的條文，應該要先讓本會知道修訂的原因，以表示尊重。並非一定要表達什麼意見，但只要是影響到任何一個團體權益的修法案，應該讓委員了解。

吳委員肖琪

我認為刪除健保法施行細則第 45 條與健保會權責有關，應該先提本會討論，此為程序問題，所以加入連署。

曲委員同光

- 一、謝謝各位委員提了很多重要的意見。本次健保法施行細則修正案，並非只修訂第 45 條，其他部分可能影響較小，而第 45 條跟財務有關。施行細則第 45 條與政府負擔 36% 的計算，兩者是一起發展，但施行細則第 45 條並不會直接影響到政府負擔 36% 的算法，36% 是因安全準備提列數的多寡而有不同算法，因此計算出來的政府負擔差額會有差距。先前已向委員說明，目前行政院核復的共識，就是尊重主管機關衛福部的計算方

式。

二、施行二代健保後，為加重政府的責任，因此將健保費之政府負擔比率提升到 36%，等於實質上要求政府的財務責任增加。這次行政院也同意按照衛福部的算法，等於承擔了更多財務責任。針對先前因計算方式所產生的差額，行政院也同意分 4 年逐年撥補，因此 105 年匡列預算時，除了 105 年度本身所需預算外，已多匡列 100 多億元，以分年歸還先前因計算方式所產生的差額。

三、對於本次修正處說明如下：

(一)依健保法第 3 條之規定「政府依法令規定應編列本保險相關預算…」，有關依法令規定所編列本保險相關預算部分，並沒有明定依據什麼法令。健保法施行細則第 45 條的規定，則是將之限縮在「依健保法相關法令所編列的保險費部分」，例如政府補助第一類被保險人保險費的 10%(公、民營事業、機構的受雇者)、第二類 40%、第三類 70% 等等。

(二)時間推演下，隨社會環境變化，政府實際上補助健保費的部分越來越多，所依據之法令，不光只有健保法的部分，而例如社會救助法、老人福利法、身心障礙者權益保障法、兒少福利法等等也都有相關規定。因此刪除健保法施行細則第 45 條，主要是回歸健保法規定，依其他相關法令，只要是政府對健保的補助，都應算入政府負擔之 36% 中。當初與主計總處討論政府負擔 36% 算法時，主計總處認為，政府實質上有出這些錢，也真正給予保費補助，就應計入 36% 才合理。基於此原因而提出法規修正草案，主要考量是讓政府真正有負擔的財務經費，能真實反應到實務來，這是本次修正健保法施行細則第 45 條最重要原因，希望委員能夠支持。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝曲司長的說明。就其說明，似乎刪除健保法施行細則第 45 條，與業務執行報告第 5 頁所提的 9 項政府實質負擔保險費之項目，並沒有很直接的關連。施行細則第 45 條，反而可能限定政府要負擔的範圍；至於健保法之外，政府另外幫民眾付的健保費，健保署本來就管不到。也有委員關心那 9 項政府實質負擔保險費項目之法源問題。其實，姑且先不論法源，重要的是，需先審視這些項目列入政府負擔 36% 計算是否合理。
- 二、在過程方面，就如同陳委員聽安所言，修訂健保法施行細則本會至少應該被告知。除了健保法母法的修正外，施行細則的修訂當然也是大事，這些法規修訂沒被告知，對健保會的委員來說，感覺上不受尊重，須先跟衛福部表達本會的感受。
- 三、至於施行細則第 45 條要不要刪除，委員可以再表示意見。請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

- 一、以健保會委員的立場，表達兩點意見：
 - (一)希望政府能承擔更多一些社會保險的責任。
 - (二)希望政府對於社會福利的支出，不要跟健保支出混為一談，業務執行報告第 5 頁所提的 9 項政府實質負擔保險費之項目，概念上部分屬於社會福利的範圍。
- 二、請政府不要用各種方式，讓所須承擔的健保費比例下降。

李委員永振

- 一、剛剛聽到主席提到有不被尊重的感覺，對我而言，這個感覺更強烈，因為上個月已提出相關意見，也列入會議紀錄。我當時即建議，若要檢討健保法施行細則，請健保署將來檢討相關規定時，弄清楚究竟影響多少經費，並請提到本會報告，以利委員瞭解。沒想到，衛福部提出的全民健康保險法施行細則修正案，逕於本年 7 月 21 日就預告，這是我連署的第一個原因；此外，衛福部函知本預告草案的受文單位中有健保會，因此健

保會應該要表示意見，這是加入連署的第二個原因。

二、滕委員西華剛剛發言有提到，健保法施行細則第 45 條之訂定有其立法精神，至於若想要增加政府負擔 36% 的含括範圍，則應整體通盤考量後，納入施行細則第 45 條來規範才對；結果現在因為之前對政府負擔 36% 計算方式之爭議，也就是主計總處與衛福部對於引用之法條，究竟是健保法第 76 條或第 78 條見解不同，經過行政院協調的結果是尊重衛福部的看法，認為其算法才正確。因此政府就得繳回少負擔的差額，看來政府想找其他的方法，設法不要繳那麼多就對了，總歸一句話這就是政府的想法。

三、我早上於例行報告第三案提過以下看法，剛好趁此臨時提案，表達更清楚一點：

(一) 上個月委員會議健保署所提供之資料(104 年 5 月份全民健康保險業務執行報告第 9 頁)，政府應負擔健保總經費 36%，採衛福部計算方式，102 年~104 年 5 月，主計總處要歸還的部分，總計約 566 億元(註：104 年 1~5 月差異數為 76.44 億元，102~103 年差異數為 489.9 億元，合計 566 億元)，但本月提供之 104 年 6 月業務執行報告第 7 頁，所呈現 104 年 1~5 月差額，卻修正為僅有 40.12 億元。

(二) 也就是健保署已立即依主計總處之認定，將所謂政府實質負擔的 9 項健保費(104 年度估約 72 億元)均予計入 104 年 1~5 月政府負擔 36% 範圍，因此重新計算 104 年 1~5 月差異數為 40.12 億元，導致應歸還的差額，減少了 36 億元(註：76.44 億元 - 40.12 億元 = 約 36 億元)，所以早上才會請教健保署減少的這 36 億元，是否為 9 項政府負擔之健保費 72 億元的一半？

(三) 若本次會議，委員沒有提出此臨時案，刪除健保法施行細則第 45 條之修法案，就可用最快速度公告，但按理，最快也是 8 月 1 日才生效。不過從數字看來，健保署已將可減

少政府負擔的定義(擴大政府負擔 36%的含括範圍)，直接回溯到 1 月 1 日生效，也沒有提到健保會報告，這樣做妥適嗎？

滕委員西華

- 一、剛剛曲委員同光表示，刪除施行細則第 45 條不影響政府負擔 36%的實質計算，這是因為施行細則在解釋母法第 3 條時，限縮了在健保法的範圍。但事實上，施行細則第 45 條的刪除，的確會影響 36%的計算，否則就不須大費周章的來廢除健保法施行細則第 45 條。
- 二、若刪除施行細則第 45 條，將使健保法第 3 條的解釋沒有法令依據，而可以擴大解釋。健保法是作用法，裡面有衡平性的考量存在，有穩定制度的作用。例如有人為了修訂納保對象而提案修法，大家認為不宜，就是因為考量到衡平性問題。
- 三、在此先不談為何現行施行細則 45 條要將政府負擔本保險之總經費限制在健保法第 27 條、34 條之範圍內(註)，若刪除此條文，將來因其他法令規定所擴張的健保費補助，無論是因為福利、國際、外交、甚至他國人士納保等等理由，健保都得買單，若都算在 36%裡面，政府就可以更大方，因為政府負擔不會增加，將來多付錢的就是被保險人跟投保單位！

(註：施行細則 45 條為：本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費)

- 四、修正施行細則第 45 條的內涵，不是不能討論，再次呼應陳委員聽安、李委員永振所提，我們認為應該在健保法的基礎下，把 36%的內涵好好說清楚才是長遠之計，而不是這麼粗糙的處理。過去是地方政府欠錢，現在換中央政府欠錢，搞不好到健保倒的那一天，政府欠的錢都尚未還清也說不定，所以這是很不好的示範，連政府都不依照法規將錢交給健保

署，那又怎麼要求被保險人不積欠健保費呢？真的是很不好的示範。

五、我們認為施行細則第 45 條之修訂，對政府負擔 36% 有影響，因此建議衛福部暫緩「刪除健保法施行細則第 45 條之修正公告」，也照陳委員聽安、李委員永振的建議，下次進行通盤檢討後，再來討論 36% 要如何計算，這樣的處理會比較周延。

鄭主任委員守夏

滕委員西華的建議非常明確，有沒有不同的意見？若大家支持，我們就依之辦理。

謝委員武吉

一、我記得以前在修正健保法相關法規時，都會找投保單位、醫界、學界等來共同討論。現在政府單位好像是說要改變就變，不經過大家同意就立刻改變，這也讓健保會感覺被嚴重藐視，就是大家剛剛講得，毛毛的、不太爽快的感覺。

二、本案我也是連署人，提案內容「基於本會之權責，應立即向衛福部要求暫緩修正」算是蠻客氣的。希望下次會議，提供清楚的資料後再來討論，這才是比較正確的方向。

鄭主任委員守夏

委員的意見都很明確，本案決議即為，依本會 25 位委員連署，向衛福部表示，請暫緩修正健保法施行細則第 45 條；至於政府應負擔健保總經費 36% 之內容細項，本會將於討論後，提供衛福部參考。最後決定權還是在衛福部，因為壓力是來自主計總處，不過至少本會是由各界代表組成之平台，大家的共識是請衛福部暫緩刪除健保法施行細則第 45 條。

干委員文男

建議用語應改為對公布的修法草案提出疑義，因為其程序還沒走完就公布。

曲委員同光

目前是做預告，屬於對外收集意見之階段。

干委員文男

預告也好，我們對預告的修法草案提出疑義，請衛福部暫停公告。

鄭主任委員守夏

預告的用意是聽取各界意見，健保會很有共識的意見，就是暫緩刪除施行細則第 45 條。

干委員文男

雖然還是預告階段，我早上就表示過相關意見，不應該讓 36% 的計列範圍多出那 9 項。本案就照主席裁示，向衛福部提出暫緩刪除施行細則第 45 條的意見。

鄭主任委員守夏

一、現在是下午 1 點 20 分，再 10 分鐘就開會滿 4 小時，會議超過 4 個小時其實很沒有效率、也沒有體力了，但我們還有 1 個臨時提案及 4 個專案報告。

二、接著進行臨時提案第三案，請健保署直接簡要說明。

捌、臨時提案第三案「民眾為購買隱形眼鏡至院所眼科驗光並索取處方箋乙案，建議應非屬本保險給付範圍，爰依健保法第 51 條規定提會審議」與會人員發言實錄

李副組長純馥

- 一、最近在媒體可見相關報導，日前食藥署發函各縣市衛生局加強管理業者販售隱形眼鏡，若民眾要購買及使用隱形眼鏡，需出示 6 個月內的醫師處方箋才可購買。是否因此造成多看診，還不清楚，本署因此針對現行法規加以瞭解。經查 84 及 85 年時已有函釋，「眼科驗光檢查費用」及「交付配鏡處方」不屬本保險給付範圍；但本案則是對較新型態的眼鏡，例如現在有很多日拋式的隱形眼鏡，可能需要常常購買，跟一般眼鏡使用一段時間才須重新配鏡不同，需要處方的頻率不太一樣。
- 二、本案係依健保法第 51 條之第 12 款，提請貴會審議，建議民眾如為單純購買隱形眼鏡而至院所驗光並索取處方箋，該院所不應該申報診察費等相關醫療費用，本案如獲貴會同意，將依程序報主管機關核定公告，並列為非屬本保險給付範圍。

鄭主任委員守夏

請問目前相關費用的申報，是否呈現出明顯不合理之處，以至在此時間點，有急迫性而要提出本臨時案？

李副組長純馥

- 一、對於隱形眼鏡之驗光配鏡，過去雖然法律上已有規定，但並沒有嚴格規定一定持處方箋才能購買，因此民眾想購買隱型眼鏡時，在眼鏡行或藥妝店都可以買到，民眾並沒有準備處方箋才能購買的習慣；不過若依食藥署目前的公告，連台北市柯市長文哲在媒體上被詢問時，也表示雖法已有明訂，但確實不便民，很多民眾也在媒體表示，若台北市嚴查，就去新北市購買等迴避措施，但回歸法令，民眾若需配鏡理應自行準備處方箋。
- 二、再者，3C 產品越來越普及，民眾使用的頻率越來越高，因而

導致視力不正常的比例也日益攀升。經綜合考量後，認為健保體系有必要先未雨綢繆，即早規範。

鄭主任委員守夏

請問委員有無詢問？先請何委員語，再請楊委員漢涙。

何委員語

- 一、要求消費者需出示 6 個月內的處方箋才能購買隱形眼鏡，我認為是很不合理的規定。一般而言，近視度數在 6 個月內變動幅度不大，大約每年檢查一次即可。難道主管機關都沒有人近視、戴隱形眼鏡，所以不知道近視多久檢驗一次？再次重申，需持 6 個月內有效的處方箋才能購買隱形眼鏡，對一般消費者而言，是非常不合理的規定；若規範改為一年檢查一次，還比較合理。
- 二、現在登錄為醫療器材販售業之業者，才能販賣隱形眼鏡，假設民眾拿了 6 個月內有效的處方箋，要跟業者買一年份的隱形眼鏡，可不可以？可以啊，所以這些規定很籠統。
- 三、至於眼科驗光檢查費用及交付配鏡處方不屬於健保給付範圍，一般而言，眼科醫師不會對「交付配鏡處方」收費；但在「驗光檢查」部分，民眾不是只有度數問題才需要驗光，有時是因為眼睛不舒服、乾澀、發癢等情況而就醫，亦即，進行驗光檢查，其實有很多變通的費用申報方式。
- 四、基本上，我同意眼科驗光檢查及交付配鏡處方的費用，不屬於健保給付範圍。但我認為要持 6 個月內處方箋才能購買眼鏡，是很不合理的事，消費者一定會反彈的，謝委員天仁已經離開，不然我會建議消基會召開記者會公開反駁。

楊委員漢涙

- 一、本案基本上分兩部分，首先，如同提案說明一，主要是主管機關對於隱形眼鏡配鏡的管理；其次是健保法第 51 條規範健保不給付的部分，而這才是健保會要關注的重點。我認為，健保法第 51 條第 11 款已規範「義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪

椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具」不屬於健保給付範圍，所以跟配戴眼鏡相關服務，例如眼科驗光檢查及交付配鏡處方的費用，當然也不屬於健保給付範圍。

二、我同意驗光不一定是為了配眼鏡，但驗光若是為了配眼鏡，這部分應就不屬於健保給付範圍，因此建議在「眼科驗光檢查費用」，應再加入文字敘明，若是為了配鏡而進行的眼科驗光檢查費用，健保不給付。

三、成人眼睛度數變化較緩，有些人的視力，經過多年也沒多大改變，至於配鏡多久之後要有醫師處方才能重新配鏡？這屬於醫事司醫政管理範疇，宜由該司重新考量，這不是保險的管理範疇。支持健保署提案，依據健保法 51 條，贊成以配眼鏡為目的驗光檢查及交付配鏡處方的費用，不納入本保險給付範圍。

鄭主任委員守夏

謝謝楊委員漢淚，請蔡委員登順。

蔡委員登順

一、針對本案也支持楊委員漢淚的意見，本案主要是因為業者利益衝突，使得消費者裝配隱形眼鏡，需經眼科醫師驗光，才能購買加工製成品，再送眼科醫師裝配，此政策勞民傷財。

二、在健保財務不寬裕的情況下，當然不同意相關費用由保險給付。剛才楊委員漢淚已清楚說明，民眾若因眼睛不適，需眼科醫師診治，則屬保險給付範圍；若是因配眼鏡改善眼睛視力所需的驗光檢查，就不是保險給付範圍。

三、提案說明三述及，民眾如為單純購買隱形眼鏡而至院所眼科驗光並索取處方箋，該院所不可申報診察費「等」相關醫療費用，其中「等」這 1 個字涵義模糊，並無法清楚界定不給付項目，會衍生其他問題，如同意本案，建議對不給付內涵予以明確化。

四、本案個人表達隱形眼鏡驗光部分非屬本保險給付範圍。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝蔡委員登順，到目前為止委員都表示同意本提案，請問有沒有不同意的(未有委員表示意見)，本案通過健保署提案。
- 二、現在時間是下午一點半，接下來進行 4 個專案報告，第一案是上次會議遞延的報告案，請健保署進行報告，因時間有限，請儘量於 15 分鐘內完成報告。

玖、專案報告第一案「新醫療科技項目對財務之影響評估及替代效應報告」、專案報告第二案「104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形(含「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」之執行效益與經費使用情形)報告」與會人員發言實錄

黃科長兆杰報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃科長兆杰的報告，請問委員有無請教？請滕委員西華。

滕委員西華

一、抱歉！我要抱怨一下，上屆委員會議也有本項報告，其提供的簡報資料較完整，本次簡報其實有講跟沒講差不多。報告標題是新醫療科技項目之財務影響評估及替代效應分析，但報告內容只有藥品部分，應該還有其他醫療科技的評估資料。

二、以新藥的替代效應來看，替代效應包括：新藥給付相對於原有治療，有更好的效果，或者如投影片第 6 張所提，可減哪些醫療費用支出或提高哪些醫療利用的效率，例如住院天數減少、不良反應降低等，去年的報告有提供這些分析。這正是委員想要知道的，剛剛報告的最後一句話講得很好，藉由分析歷史資料就能知道新藥給付後，對民眾治療所產生的效益，也能藉由分析確定不管是 2A(臨床價值有中等程度改善之新藥)類還是 2B(臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥)類新藥的給付效益，可惜報告沒有呈現相關資料。以高血壓藥為例，四種藥品的機轉不同，如果假設因高血壓的成因不同而無法彼此替代，有些人可使用乙型阻斷劑，有些人只能用鈣離子通道阻斷劑，所以無法做替代的比較，但若臨床上不能互換，當然就無法進行相關比較。

三、健保署未來進行之報告，可否對同類型的藥品比較分析，如一項新藥取代舊藥後，分析其醫療費用、併發症及住院天數的變化，若新藥增加百分之五十的醫療費用，但亦節省百分之五十或百分之六十的醫療費用，或者改善生活品質等結果，都能顯

示新藥列入健保給付的意義。將來做 HTA(Health Technology Assessment，醫療科技評估)時，更能強化健保給付的正當性、價值與原則，因此特別請健保署下次報告能提供更完整的資料。

鄭主任委員守夏

謝謝滕委員西華。委員還有無意見？請蔡委員登順。

蔡委員登順

本案去年討論罕見疾病特材納入健保給付之財務報告時，委員很關心新醫療科技引進的預算使用情形，因此請健保署於 9 月份總額協商前，提出新醫療科技，包括新增診療項目、新藥及新特材等協商因素項目之執行情形報告，本次健保署提供報告資料，皆為新藥的部分，未看到新增診療項目、新特材，希望總額協商前健保署能提供此部分的相關資料，讓委員了解新醫療科技引進的情形，作為未來總額協商參考。

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員登順。先請蔡委員宛芬，再請何委員語。

蔡委員宛芬

- 一、謝謝健保署的報告，但是從報告內容看不出到底花了這些錢，對民眾健康及整體健保財務有何影響，只看到新藥引進所預估增加的費用。報告中提到，引進新藥某些程度會節省醫療費用，沒有提供這些資料，會讓我們對新藥或新技術的引進有盲點，或認為只會增加醫療花費，有汙名化之虞。若新藥確有改善療效之效果，其實會降低其他醫療費用的支出。
- 二、除新藥外，本次報告也未呈現新醫材或新醫療技術等相關分析資料。
- 三、若以胃潰瘍用藥來看，投影片顯示有蠻好的替代性，但未說明替代性之成效及影響評估。從胃潰瘍用藥申報費用之消長，可以看到舊藥之市占率下降；是否會因為新藥出現，導致舊的藥

物慢慢退場，所以在未來兩、三年內，對於舊藥之核價應重新檢討？

鄭主任委員守夏

謝謝蔡委員宛芬，請何委員語。

何委員語

一、我想新醫療科技項目應該不只有新藥品，總額協商之規劃，除新藥品外，還有新醫材、新科技的導入。可以評估新醫療科技的導入可否降低整體的健保支出，例如心房顫動，以前用 2D 技術治療，現在可以用 3D 技術治療，雖然增加費用支出，但若能分析呈現後者的療效及預後結果良好，未來委員對於總額預算中新醫療科技項目的預算編列，才會有信心，及給予支持。

二、當導入新藥品時，原來的舊藥是否繼續使用？或者每個患者體質不同，不一定可以接受新藥品。這樣交叉使用是否可以降低健保支出並提高醫療成效？若可以，則是我們樂見的事情。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請謝委員武吉。

謝委員武吉

其實健保署這次報告很認真，若是苛求太多，健保署也做不到！請教投影片最後一張，個別藥品替代效應之高低，應與下列因素有關：「1. 醫師依病患病情之評估對新藥之選擇與否；2. 納入給付時間之長短；3. 後續是否有其他治療相同疾病藥物之引進。」我主要希望了解，到底新藥納入給付的費用要放在其他預算，還是納入部門總額，以收載五年內的費用估算財務衝擊，兩者何者較恰當？

鄭主任委員守夏

請潘委員延健。

潘委員延健

我有兩點意見，第一，在分析新藥替代效應，除了新藥，放寬藥品

適用範圍，對於醫療費用的影響是更大；第二，新藥的使用，若須配合做某些檢驗、檢查等，會增加額外的費用，但健保署似乎沒將這個因素納入考量。建議未來計算財務衝擊時，一併將這些新增的檢驗、檢查費用考慮進來。

鄭主任委員守夏

請黃委員啟嘉。

黃委員啟嘉

一、健保的核心價值除了資源合理使用外，還要延長病人的健康存活期、提高生活品質，讓民眾過得更好、更健康，省錢不是健保唯一的價值。

二、醫療愈進步，可能導致醫療費用上升。新醫療科技雖然療效較好，但也會產生新的醫療需求，導致醫療費用增加。此外，醫療科技的進步，可能讓原本的急性病慢性化，疾病慢性化所產生的醫療需求更難以評估，所以一個新藥問世對醫療費用影響之複雜度比想像中更大，包括疾病更慢性化、人口更趨老化之影響也應納入全盤性考量，因此財務衝擊，不是這麼簡單就可完成評估的。

鄭主任委員守夏

其他委員有無意見？請楊委員芸蘋。

楊委員芸蘋

我比較關心新藥引進對財務的影響，第 4 張投影片所言：「目前增加之新藥財務影響，以 103 年度之預估方式所編列之預算，符合實際之新增費用，並沒有造成預算額度外之財務影響」。不知對明年總額預算有無影響、有無做詳細的評估？我認為有引進新藥比沒引進好，新藥引進對民眾是有幫助的，例如可獲得好的療效，改善病患的健康狀況。希望能再提供新藥引進後，其與舊藥的替代關係，以讓委員有更明確的了解。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝委員，就我所知，要做非常精細的分析，每個藥品所花費的心力等同一篇碩士論文。以健保署醫審及藥材組的人力進行分析工作，需花費很多時間。我們希望所做分析是準確的，替代率的計算本來就很困難，上網查詢會發現找不到幾篇報告，真的非常困難。醫界常質疑新醫療科技的財務衝擊，超出所編預算，例如編列 20 億元預算，卻支出了 50 億元費用。因此，健保署乃應委員及醫界的要求進行此項分析。
- 二、本次報告已分析高血壓及胃潰瘍用藥，去年也曾報告過幾項藥品及診療項目。本案請健保署依照委員的建議，下次可就引進新醫材、放寬藥品適應症等項目的影響進行分析，逐漸累積案例後，也許委員會覺得資料之分析較具說服力，否則大家會懷疑健保署只挑有利的資料來報告，不好的都沒呈現出來，這樣也不公平。謝謝健保署的分析，希望日後能累積不同項目，提供具廣度、深度又有說服力的分析資料，供委員參考。
- 三、專案報告第二案「104 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形報告」，歷來本會都會要求總額協定事項，只要是計畫型的項目，尤其是專款項目，都要在 7 月份的委員會議報告執行情形。下週即將召開評核會議，本次的報告可說是評核會議的精簡版(楊委員漢淚：建議移至評核會議)，且 8 月份委員會議的下午還有總額協商項目及計畫草案的座談會，屆時委員也可表達意見，本案就請委員自行參閱書面報告資料。

干委員文男

同意。(多位委員表示好)

鄭主任委員守夏

- 一、好，請委員自行參閱書面報告資料。
- 二、專案報告第三案是非常多委員都很關心的「全民健康保險藥品費用分配比率目標制試辦方案之評估與檢討報告」，請健保署進行報告，並儘量控制報告時間在 10 分鐘內。

拾、專案報告第三案「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之評估與檢討報告」、專案報告第四案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」與會人員發言實錄

黃科長兆杰報告

鄭主任委員守夏

謝謝黃科長兆杰報告，本報告包括藥品費用分配比率目標制初步結果及檢討、藥價及藥品品質與缺藥之處理，請問委員有無詢問？請干委員文男。

干委員文男

一、這份報告非常清楚、非常好，為何不早一點報告，本會因為藥價差問題，有委員多次提案而爭論許久。現在部分醫事服務提供者代表已離席，沒有聽到這個報告，以後又要針對這個議題提出爭論，蠻令人傷心的。我曾在廣播聽到有人抱怨說健保署藥價核得很低，藥品支出不敷成本等，我就親自打電話去詢問是哪個藥不敷成本？對方才表示該藥已經退出市場，我接著問退出市場的理由，對方也說不清楚。

二、請看投影片第 23 張，愛滋治療藥品 91 年每錠支付價 180 元，102 年 116.2 元，103 年疾管署公開招標決標價才 39.5 元。媒體所聽到，都是負面新聞，一直講藥價及藥價差問題，而沒有說明問題的真正原因。從此份報告中，可以看出健保署的努力。建議將此份資料公布在網路上，讓業者、民眾了解。特別謝謝健保署的努力。

鄭主任委員守夏

謝謝干委員文男！請何委員語。

何委員語

一、謝謝健保署提供詳細資料及報告，建議本專案報告上傳網路公開，可惜一直關心此議題的委員已先離席。九大藥業公協會反映，針對同一種藥品，因醫學中心大量採購，故價格低；而區

域醫院、地區醫院、診所因為採購量遞減，故採購價格相對較高，他們希望能有合理的藥價差，且同一種藥品的販售價不要差異太大。台灣不是共產國家，否則健保署就可以統一採購。中國大陸的做法是由政府機關統一採買，再發配至各醫療院所，就不會有醫療院所採購價格不一致的問題，我們是不是可以修法，同意讓健保署統一採購藥品，這樣各醫院的採購價就相同了，沒有公平性問題。

二、經詢問一直關心此議題的委員，渠提出藥價差議案的目的，主要是因為醫療院所殺價殺到太低；但這是市場自由競爭的結果，要解決此問題，除非與中國大陸相同，由健保署統一採購藥品，才不會有藥價差問題。事實上，在自由競爭市場下，藥價差問題很難避免，除非九大藥業公協會自行簽訂契約，約束大家都賣同一價格(干委員文男：違反公平交易法)，對呀！我在「藥價差公開相關事宜」專案小組會議中，也提到違反公平交易法及反托拉斯法。在商場上，公司股東對專案經理人售價過低，是可以提告的。我認為健保署在藥價差處理還算正規、正常，各國家或社會講求 CP(Cost Performance)值，如果藥品質好且價格低，受益的是消費者，至少健保署已朝讓藥價差合理化的方向，一直用心努力了，因此，在此支持且謝謝健保署的努力。

鄭主任委員守夏

謝謝何委員語，請吳委員肖琪。

吳委員肖琪

一、主席及委員好，請看投影片第 23 張「健保核價太低嗎？」，我跟這家廠商沒有關係，也不清楚該藥品的作用，我關心與擔憂的是，這個藥品健保署 91 年核價 180 元，102 年核價 116.2 元，但 103 年疾管署公開招標決標價 39.5 元，那麼，其合理價格到底是 39.5 元或 116.2 元？如果答案是 116.2 元，則 39.5 元是不是過度削價；如果答案是 39.5 元，健保署為何核定支

付價為 116.2 元。假使這個藥品合理價格是 100 元，在決標價 39.5 元的情況下，會不會因價錢過低，廠商就不再進口或生產民眾真正需求的藥品？請健保署盡可能提供相關背景知識，讓委員多加了解。

二、有關品質部分，請看投影片第 43 張，第 2 點「健保對於品質有異常者，亦給予降價或停止給付」，建議健保署應要訂定標準，以供判別什麼情況下給予降價，什麼情況下停止給付。如果品質有問題，即使廠商願意降價，也應該不能接受。請問所謂品質有異常，是指廠商稀釋藥品濃度？曾聽聞，100 元藥品若降價至 50 元，業者就將藥品濃度稀釋一半；如果再降價至 25 元，就稀釋濃度至 25%，因此，民眾需加倍的藥量才有療效。所謂的「品質異常」有好幾種，1 種是藥品濃度稀釋；1 種是藥品品質有問題。建議對品質有問題藥品，建立退場機制，對於藥效差一點的藥品，則採降價方式處理。但這些必須先定義清楚。

三、所謂的藥品質，應該從 outcome(結果)來分析 CP 值及 value-based pricing(以價值為基準訂價)，我們追求的是藥品要有效，有效的藥品，當然須讓它留在台灣市場，如果是沒有效的藥品，就該讓它退場。希望以後討論藥品時，講求的重點是品質，主席剛才也講，每個藥品項目的分析研究大概就是一篇碩士論文。雖然不可能有那麼多碩士論文，但是可以挑出幾個，一項一項做分析，我們就可逐漸看得更清楚。感謝健保署的分析，以前不清楚的部分，現在慢慢越來越清楚。

四、投影片第 43 張提到，食藥署於 98 年至 99 年進行藥品稽查檢驗，共檢驗 33 項，僅有 1 項不合格。對我而言，33 項中有 1 項不合格，我就認為很危險。因為 N(母體總數)是多少不知道，大家覺得這嚴不嚴重？這部分若能再呈現數量，我們會更清楚，這個問題應該要很重視或不須重視。

鄭主任委員守夏

請黃署長三桂。

黃署長三桂

- 一、首先要表達對何委員語及在場聽取報告委員的認真表示敬意。
- 二、對於剛才委員所詢投影片第 23 張提及的愛滋病治療藥品，其價格從每錠 180 元降到 116.2 元，經過公開招標變成每錠 39.5 元。予以說明：

(一)這項藥品原是由疾管署自行採購的藥品，但委託健保署代辦核價，依健保核價原則，91 年每錠核定支付價格為 180 元，102 年調降支付價格為每錠 116.2 元，由疾管署編列預算支應費用。後來因疾管署公務預算不足，且認為健保署核定價太高，所以就依政府採購法以公開招標的方式進行藥品採購，並以每錠 39.5 元決標。此事造成健保署同仁困擾，並被外界質疑為何疾管署可用每錠 39.5 元的價格買到，健保署依健保核價原則核定 100 多元？健保核價有過高的疑慮。

(二)其實這完全是購買機制不同所致，疾管署公開招標以每錠 39.5 元決標，是廠商競價搶標的結果，因此今年買得到的藥品，來年不一定能買到。但依健保署的核價方式，所有廠商都能自由進入市場，並在評估價格可以的情況下才會賣，而這也才是長期穩定的購買機制；但搶標方式的藥品價格就不是穩定的。結果不到兩年時間，疾管署又終止公開招標採購作業續請本署依健保核價原則辦理核價作業，考量同仁除本身業務繁忙外還要代理他機關辦理核價業務，再加上疾管署前述作業讓本署同仁產生很大的困擾，也面對極大壓力，我們當然不敢啊！這部分是因為購買機制不同造成貨源供貨穩定性所致，特別要向委員說明。

鄭主任委員守夏

請問委員還有無詢問？先請謝委員武吉，再請蔡委員宛芬。

謝委員武吉

- 一、其實，健保署已經做得很好了，在黃署長三桂及施組長如亮的領導下，藥品價格的透明度比以前更好，值得敬佩，尤其在第 28 張投影片，敢寫出「藥價差不是黑洞，是買賣雙方議價的必然產物」，很不簡單，所以致上感佩之意。
- 二、對於藥價調整架構，建議應依實況辦理。我早上一再提到，應該以院所層級別來思考藥價調整的架構，而目前健保署的藥價調整架構，請參閱第 33 張投影片。主要是以第一大類(專利期內)、第二大類(專利逾期 5 年內)、第三大類(非屬第一及第二大類)之分類調整價格，其中第三大類又分為給付大於 15 年及小於等於 15 年兩類。
- 三、有關第 38 張投影片(不列入例行調整之藥品)，現在罕見疾病的用藥還有幾種品項尚未經 TFDA(臺灣食品藥物管理署)認證通過，也請向委員會報告。我們不清楚，是不是有些項目就這樣毫不當的都納入給付？
- 四、第 46 張投影片是有關藥價差的統計，第 47~48 張投影片則是健保使用量前 20 名的原廠藥品與國際藥價比較，請問這兩張有沒有癌症用藥(健保署回應：沒有！)。建議健保署可先從這些品項，運用藥價調查的分類方式統計藥價差，意即以第 47、48 張投影片之品項，進行第 46 張投影片的各層級藥價差的統計，那麼結果就會更清楚呈現。我仍然要不斷強調應該採取「多重藥價基準」，相信黃署長三桂也聽見了，建議可以先小部分處理，一下子做太大，搞到天翻地覆也不好。

鄭主任委員守夏

請蔡委員宛芬。

蔡委員宛芬

- 一、依健保署的報告內容，DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)感覺上是想給醫界及藥界一個固定的額度，讓他們可以在這個範圍內，自給自足去做資源分配。但是從今天

的報告發現，試辦 DET 之後，資源合理分配這個目的並沒有達到，而藥價差卻有增加的情形，這是不是合理？有何方式可讓資源分配更趨合理？對此，我認為可以再做一些討論。

二、有關健保藥品的支付制度，記得上次在進行藥費相關報告時，我曾詢問，支付方式為何要這麼複雜。目前健保藥品的支付方式分為四種，分別是第一大類、第二大類及第三大類藥品，第三大類藥品還有兩種支付方式。二代健保法修法時，希望逾專利期的藥物原則上就應該以三同(即同成分、同品質，調整為同價格)的方式處理，因為逾專利期藥品前五年的價差相對較大，所以才在健保法第 46 條規定，藥品逾專利期第 1 年起開始調降，於 5 年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。

三、目前健保署對第二、第三大類藥品價格調整的方式，第二大類逾專利期 1~5 年藥品，原則上比照原廠藥價格調整；第三大類藥品逾專利期 15 年(或等於)以下者，用 grouping(分組分類)方式調整，只有逾專利期 15 年以上的藥品，才是用三同的方式調整。不曉得為什麼使用這麼複雜的方式處理逾專利期藥品價格？

四、藥價差的產生，當然有部分是因為醫界及藥界努力協商後的議價結果，但另外一個部分是因為藥品核價制度所衍生的，我認為可能會有資源不合理分配的情形發生。特別是第二大類及藥品逾專利期 15 年(或等於)以下之第三大類藥品的支付方式，不曉得是什麼特殊理由，非得這樣處理。這部分可能有些結構上的問題，應該被進一步檢討。

鄭主任委員守夏

請問委員還有無詢問？請何委員語。

何委員語

一、我再補充報告，我一直在幫健保署想辦法，能不能將這些藥品以股票上市掛牌的方式來喊價；或許在網路上，藥廠將藥品的價格鍵入電腦之後，有醫院願意用這樣的價格購買，就達成交易。所以，可不可能建立起另一種藥品交易模式？

二、其次，政府公開招標的模式，向來都採最低價標，但我認為藥品不應完全用最低價標，而應該要用合理標。台灣有句話說得很深刻，「賠錢的生意沒人做，殺頭的生意有人做(台語)」，所以，若是價格非得殺那麼低，生意人也一定會有辦法生存。我也做生意，知道廠商一定會想出辦法，不然一直虧本最後只好倒閉。我認為可以想出一個機制，若不公開在大螢幕上交易，健保署就在網路上操作，藥廠在電腦上報價，如果有醫院願意用該價格購買，就透過電腦下單，馬上可以成交，就好像證券交易所那樣，而健保署就是藥品交易所的仲裁者，健保署可以來做這樣的工作。如此一來，可讓藥品的價格公開且合理化，而不是低價標，而且可以建立另一種機制。

三、李委員蜀平主張公開藥價差，他可能還不知道公開會有的結果，例如教學醫院去年的藥價比基層醫院省了 80 億元，今年協商總額預算時，就會有人主張刪除教學醫院的藥品費用 80 億元，如果以此方式推演下去，那麼總額預算協商時，就須要刪藥價，這樣會讓所有醫界、藥界、消費者受害，不是好現象，大家要有心理準備。

鄭主任委員守夏

請楊委員漢涙。

楊委員漢涙

一、現在好像是在腦力激盪。我認為以現在的單一藥價制度，藥價差是免不了的，但也不要因為有藥價差，就一直要把藥價往下調，如果不斷調降藥價，到最後，不是藥廠出走，就是很多醫療機構買不到藥品，甚至很多病人必須自費買藥。搞了半天，藥的品質自然會發生問題。我認為藥價問題的處理，不要完全只看錢，也應衡量整個台灣製藥產業的發展。

二、其次，現在很多統計數據都以平均值做參考，但問題是醫療機構購買藥品的數量差距很大，有的可能一次就買 1,000 顆或 10,000 顆，但也有一個月只買 10 顆，試想，藥品是商品，採購

數量的大小，必然會影響價格。

三、另外就是標竿作用，以台大醫院為例，也許購買的數量不是很大，但因為是台大醫院進購的藥，本身具有標竿作用，所以就可能用比較便宜的價格購得。再以剛才疾管署採購愛滋病藥品的例子，當然會有標竿作用，因為購買的數量很大，別家醫院買的數量少；疾管署又是愛滋病主管機關，要採購愛滋病藥品，所以藥廠會用很低的價格去搶標，今年搶到標後，大家會用我的藥，明年自然而然也會繼續用。這些問題實在太複雜，就算把價格壓低也不見得有用，買 100 顆送 100 顆，還不是一樣，單價雖高，但數量變大後，換算下來反而還更便宜，總之，問題太多了啦！

四、謝委員武吉一再建議健保署研擬「多重藥價基準」，我認為也是可以思考的方向，因為醫療機構的規模差距很大，有 3,000 床，也有 30 床，要他們在一個相同的藥價基礎下買藥，確實不太容易。研擬「多重藥價基準」，難度相當高，要怎樣才能往那個方向走，的確不容易，但可以思考。

鄭主任委員守夏

請干委員文男。

干委員文男

一、主席！剛才吳委員肖琪的發言，讓我想到，我們相信健保署提出的資料及數據，但健保署能否把關品質，應該請問誰？以同價錢買進來的藥，是否就保證同品質，同成分？舉個例子，我是 Stilnox(史蒂諾斯，安眠藥)的使用者，沒吃會睡不著，以前所用是進口藥品，現在健保是提供台灣製造的藥，效果差很多！阿里山無柴、玉山嘛無柴，因為已經「剉(音『錯』)了了啊(台語，樹被砍光光)」。品質是否相同要靠健保署及食藥署把關，消費者只能從數據、資料中相信健保署所做努力。健保署不是受到稱讚就好，還是得把關藥的品質，因為藥的品質很重要。

二、常說要有「實證」，Stilnox 我吃 20 多年了，也沒死，若有人告訴我，幾年後會有副作用、變白癡，不論再怎麼說我都不信，希望相關單位要維護藥品的品質。

鄭主任委員守夏

一、本案討論到此。藥品的問題確實非常大，以下是以學者立場發言，若不喜歡聽，請忍耐一下。

(一)第一，請大家回去看 104 年 7 月 22 日出刊的天下雜誌，這期對藥價及延伸問題作專題報導。昨天柯執行秘書將相關資料傳給我，我真的每一篇都認真看過，報導相當中肯。「藥價差」三個字沒出現幾次，但「價格過低」、「不正常的競爭」、「品質很差」、「病人很可憐」、「醫師找不到藥可以用」，這些詞彙出現超過幾十次。我看完後，對陽明大學黃教授文鴻所言感受最深，我們政府只有藥價政策，沒有藥品政策，而且藥價政策，更是完全不管產業政策，一個政府下，政策各自分離，難怪大家這麼淒慘，最可憐的當然是病人，吃 1 顆藥沒好，吃 2 顆就會好嗎？不知道！所以，現在也許是改變的時機，也到了該好好思考的時候了。

(二)同意吳委員肖琪及干委員文男的說法，價格太低怎可能期望品質好呢！15 年以上的學名藥，請健保署真的執行「同成分、同品質就同價格」的三同政策，若健保署有足夠信心說同成分確實同品質，民眾就可接受同價格，否則就應該因為品質不同給予不同價格。當然，以保險人的角色，要確保用藥品質非常辛苦，但保險人可要求 TFDA(食品藥物管理署)，因為這也是醫療品質的一部分。甚至可以在總額其他預算中設法編列預算項目，請 TFDA 去做訪查。講個非常簡單的方法，請個人，以同一個處方到各大醫院拿藥，將這些藥送到 SGS(Societe Generale de Surveillance，台灣檢驗科技股份有限公司)檢驗看看，聽說結果會嚇死人，

這是某位醫師講的。

(三)健保已經實施 20 年了，我們還在砍藥價，這對產業、民眾、醫院都不好，有價差還會被罵。是否該學學法國，以前他們的藥廠也是多到不行，價差亂七八糟，後來嚴格要求品質之後，價格就沒再一直往下拉，這種方式對國內產業真的會有幫助。對於高價或正常價格的藥，我沒有意見，但對於低價或 15 年以上的學名藥，如果宣稱同品質，則請健保署要有把握讓品質真的一樣。如果藥價只有零點幾元，那麼送驗的那批藥與賣給醫院的那批藥，兩者品質會一樣才怪！怎可能一樣！

(四)以學者立場，昨晚想很久，這個問題我們已經吵這麼多年，不要說對不起國家，也對不起自己的良心。所以，拜託健保署、拜託施組長如亮，想想下一步可以怎麼做。若是健保的錢可以買到產業發展正常化，並確保用藥品質，不會因醫師換個藥，病人就得四處跑，我們就應該繼續努力，否則就是失職。

(五)我一直不喜歡公布價差，因為那只會落入唇舌之戰而已，對民眾、對國家、對健保、對醫界完全沒有好處，但是今天大家既然決定要公開，就請健保署用心提出配套措施。我現在是用學者身分發言，非常沈重的請大家好好讀一下天下雜誌的專文。

二、這案討論到此，可以嗎？(委員未表示反對)謝謝！還有專案報告第四案(委員：不要再報了！)……。

滕委員西華

一、主席！抱歉！不知道您要下結論，原想等您發言完再說，所以請容許我發言，很快，一分鐘就好。

二、針對補充資料第 31 頁「健保藥價與藥品品質-2」的投影片，提出意見：

(一)說明第二點，剛才吳委員肖琪也提到「健保對於品質有異

常者，亦給予降價或停止給付」之標準，請健保署下次有機會時，能向委員說明清楚。我同意吳委員肖琪及主席所提，既然品質有異常，為何仍予給付？是因為缺藥不得不給付嗎？

(二)說明第三點，「健保署針對第 5 次藥價調查交易價格偏低品項，移請食藥署就藥品品質進行調查」部分，食藥署告訴我們，其於 98 年至 99 年進行稽查檢驗，共檢驗 33 項藥品，僅一項外用皮膚類固醇製劑不合格。其實從 104 年 1 月 1 日開始，沒通過 PICS/GMP(國際醫藥品稽查協約組織所規範之優良作業規範)就不應給付的藥品，健保仍然給付的有 7 千多項，此作法就已經是在品質上妥協了。

三、今年針對 PICS/GMP 認證的藥廠進行稽查，至少有 11 家 PICS/GMP 藥廠出事，剛才主席提到那位專家，其實在立法院都表示過意見，是廠商自己明知故犯，用了不合格的原料。但健保署在公開場合跟媒體提到品質時，都說是藥品品質由食藥署管轄，其實，健保也應有機制處理，若藥廠嚴重違反 PICS/GMP 時，可以停止給付。在這波藥品稽查檢驗，不只單項產品違規，有家 PICS/GMP 藥廠甚至有 9~13 項產品違規。1 項產品違規可以說疏忽；2 項產品違規可以說沒注意，但一個 PICS/GMP 藥廠，有 11 項產品違反 PICS/GMP 規範，該如何解釋。

四、最後一次在會議上呼籲，健保署應該自己訂出品質標準。我們真的需要那麼多有問題的藥嗎？若真的出問題，就應該斷然處置，除非有缺藥再另行處理，健保署不應該只等著食藥署處理問題。當證據已經非常明顯，且市場上還有數千項學名藥、替代用藥時，若不壯士斷腕，會被批評我們偏好低價藥廠。我也認同並非便宜就不好，但是這波稽查出違規的藥品，特別是由 PICS/GMP 藥廠生產的，若健保還繼續給付，或沒有提出更好的品質要求，沒辦法說服民眾，健保署給付的藥品品質都沒問題。

鄭主任委員守夏

- 一、謝謝滕委員西華。請健保署在 11 或 12 月份，提出公開藥價差及配套措施報告時，能從長計議且做出目標明確的報告，才能真正的對制度有幫助。
- 二、專案報告第四案「全民健康保險業務監理指標之監測結果報告」案，因大家都有「全民健康保險監理指標監測結果報告」，且往後仍會定期安排健保署報告，所以請大家自行參閱。若有問題，歡迎洽詢幕僚同仁，相關建議，可作為指標修訂之依據。
- 三、時間已經很晚了，請問是否有臨時動議？

干委員文男

我有會議詢問。

鄭主任委員守夏

好！請干委員文男。

干委員文男

我有一個關於補充保費的問題，一般民間團體接受勞委會委託辦理職訓計畫時，其計畫申請及預算編列，都是在前一年就完成，例如 102 年的計畫，預算書在 101 年就要提到勞委會，勞委會核定後，102 年才會交給我們民間團體執行。而在 101 年編列職訓計畫相關經費時，並沒有扣繳補充保費的問題，一直等到 102 年計畫執行完畢，當年年底才發現要繳交補充保費，可是經費已用罄了。雖曾向勞委會申請能否再補助此項經費，但勞委會的回復是，計畫經費已全數交給受託單位，無法再補助。吳委員玉琴及楊委員芸蘋也都知道這些情形，當問題發生後，我們承辦單位雖願意處理，但現在已經沒有錢了，該怎麼辦？請告訴我們解決問題的辦法。

鄭主任委員守夏

- 一、對於干委員文男的詢問，請問健保署承保組或財務組能立刻回答嗎？私下向干委員文男說明也可以。若是通案問題，也請盡快通知所有委員。
- 二、今天的會議就進行到此，謝謝大家！散會。